

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

факультет здоров'я людини
кафедра психології та соціології

Кухар А. В.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
**СПРИЯННЯ ПОДОЛАННЮ ТРАВМІВНОГО ДОСВІДУ ОСОБИСТОСТІ
В УМОВАХ ВІЙНИ**

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет Здоров'я людини
Кафедра Психології та соціології

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

до кваліфікаційної роботи

рівень вищої освіти другий (магістерський)
спеціальність 053 Психологія. Освітня програма «Психологія»

на тему «СПРИЯННЯ ПОДОЛАННЮ ТРАВМІВНОГО
ДОСВІДУ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ»

Виконала:

здобувачка вищої освіти групи ПС-233зм

Кухар А. В.

Керівник: доцент кафедри психології
та соціології, к. психол. н., доц.

Бугайова Н. М.

Рецензент:

завідувачка кафедри психології та педагогіки
Хмельницького національного університету
МОН України
д. психол. н., проф.

Комар Т. В.

Завідувачка кафедри:

д. психол. н., проф.

Бохонкова Ю. О.

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет здоров'я людини
Кафедра Психології та соціології

Рівень вищої освіти Другий (магістерський)
спеціальність 053 Психологія. Освітня програма «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідувачка кафедри психології
та соціології д. психол. н.,
проф. Бохонкова Ю. О.

вересня 2024 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧЦІ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Кухар Алли Віталіївни

ема роботи: «Сприяння подоланню травмівного досвіду особистості в умовах війни».

Керівник роботи: Бугайова Н. М., к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології СХУ ім. В. Даля, затверджений наказом по університету від 16.09.2024 р. № 62/15.17.

терок подання здобувачем роботи: 01.12.2024 р.

вихідні дані до роботи: *обсяг роботи – 124 сторінки (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури оформлюється згідно з бібліографічними нормами.*

міст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): *проаналізувати наукові джерела з зазначеної тематики; підібрати діагностичний інструментарій згідно проблеми дослідження; на основі проведеного констатувального експерименту розробити й апробувати програму соціально-психологічного тренінгу. Провести формувальний експеримент. Ефективність проведеного експерименту оцінити за допомогою математичних методів оцінки значущості відмінностей середніх величин.*

ерелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслеників): *таблиці, рисунки (діаграми, гістограми, сегментограми).*

онсультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання	завдання

		видав	прийняв
	Бугайова Н. М. – к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології СНУ ім. В. Даля	19.09.2024 р.	13.10.2024 р.
	Бугайова Н. М. – к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології СНУ ім. В. Даля	14.10.2024 р.	20.10.2024 р.
	Бугайова Н. М. – к. психол. н., доц., доцент кафедри психології та соціології СНУ ім. В. Даля	21.10.2024 р.	08.11.2024 р.

ата видачі завдання: 16 вересня 2024 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів виконання кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів	Примітка
	Визначення проблеми дослідження та розроблення плану кваліфікаційної роботи.	16.09.2024 р. – 18.09.2024 р.	
	Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження.	19.09.2024 р. – 17.10.2024 р.	
	Обробка, графічне оформлення та психологічний аналіз результатів констатувального експерименту	18.10.2024 р. – 24.10.2024 р.	
	Апробація та опис програми соціально-психологічного тренінгу.	25.10.2024 р. – 29.10.2024 р.	
	Обробка, графічне оформлення та психологічний аналіз результатів формувального експерименту та оцінка ефективності корекційних заходів за допомогою методів математичної статистики	30.10.2024 р. – 03.11.2024 р.	
	Узагальнення наукових фактів, написання висновків за результатами проведення дослідження. Технічне оформлення роботи.	04.11.2024 р. – 01.12.2024 р.	
	Представлення роботи на зовнішню рецензію	02.12.2024 р. – 12.12.2024 р.	
	Перевірка роботи на академічний плагіат	13.12.2024 р. – 17.12.2024 р.	
	Захист роботи	18-27.12.2024 р.	

Здобувачка вищої освіти:

Кухар А. В.

Керівник роботи:

к. психол. н., доц.

Бугайова Н. М.

РЕФЕРАТ

Текст – 124 с., рис. – 12, табл. – 17, літератури – 83 дж., додатків – 2.

У кваліфікаційній роботі представлено теоретично-методологічні основи вивчення проблеми психологічної травми.

Розглянуто психологічні особливості та визначено ключові психологічні аспекти сприйняття травми, зокрема у контексті війни. Описано чинники виникнення та механізми подолання травмівного досвіду особистості.

Проведено констатувальний експеримент і досліджено особливості прояву травмівного досвіду особистості. Експериментально розглянуто психологічні особливості прояву травмівного досвіду в умовах війни.

На основі результатів констатувального експерименту розроблено і апробовано програму соціально-психологічного тренінгу щодо сприяння подоланню травмівного досвіду особистості в умовах війни. Оцінено ефективність корекційних заходів за допомогою t-критерію Стьюдента.

Ключові слова: АДАПТАЦІЯ, ВІЙНА, КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ, ОСОБИСТІСНІ РЕСУРСИ, ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА, ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН, ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, РЕАБІЛІТАЦІЯ, СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТРЕНІНГ, СТРЕСОСТІЙКІСТЬ.

ABSTRACT

Kukhar A.V. Facilitating the Overcoming of Traumatic Experiences in Individuals During War. – Qualification work. – Kyiv, 2024.

The qualification work presents the theoretical and methodological foundations of studying the problem of psychological trauma.

Psychological features are considered and key psychological aspects of the perception of trauma are identified, in particular in the context of war. The factors of occurrence and mechanisms of overcoming the traumatic experience of the individual are described.

The author conducts a confirmatory experiment and investigates the peculiarities of manifestation of traumatic experience of a personality. The psychological features of the manifestation of traumatic experience in war conditions are experimentally considered.

On the basis of the results of the ascertaining experiment, a program of social and psychological training to help overcome the traumatic experience of a person in war conditions was developed and tested. The effectiveness of corrective measures was evaluated using Student's t-test.

Key words: adaptation, coping strategies, personal resources, psycho-emotional state, psychological trauma, post-traumatic stress disorder, rehabilitation, socio-psychological training, stress resistance, war.

ЗМІСТ

ВСТУП

8

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМИ

В

И наліз наукової літератури з проблеми вивчення психологічної

В т

Ч ср

Е ца

В мв

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ

ТРАВМІВНОГО ДОСВІДУ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

35

Н п2.1. Чинники виникнення та механізми подолання травмівного

О р д

Б і2.2. Дослідження особливостей прояву травмівного досвіду

И н о

М н2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів

О н к

Д і

В РОЗДІЛУ 1

33

О а3.1. Програма соціально-психологічного тренінгу, спрямованого

В р н

О а3.2. Психологічний та статистичний аналіз результатів

И к ф

О к3.3. Перевірка ефективності корекційних заходів за допомогою

И е t

Д р

Д и

О с

ДОДАТКИ

132

Д р

Д к

Д й

Д н

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Війна є одним з найбільш руйнівних факторів для психічного здоров'я особистості. Вона призводить до виникнення численних психологічних травм, які можуть мати довгострокові наслідки для фізичного та психічного стану людей. Особливо важливо звернути увагу на подолання цих травм у контексті сучасних збройних конфліктів, де велика кількість населення зазнають психологічних стресів через пережиті травмуючі події, що включають бойові дії, втрату близьких, руйнування домівок, втрату соціальних зв'язків і стабільності. Травматичний досвід часто стає причиною розвитку депресивних та тривожних станів, що ускладнюють відновлення психологічної рівноваги та інтеграцію особистості в суспільство. Дослідження механізмів подолання травматичного досвіду є одним із ключових завдань сучасної психологічної науки.

В умовах підвищеного рівня стресу, кризових ситуацій, військових конфліктів, соціальної нестабільності та зростання темпів життя проблема подолання травматичного досвіду набуває особливої гостроти. Розуміння механізмів виникнення та наслідків психологічної травми є необхідним для забезпечення психоемоційного благополуччя особистості та її ефективної соціальної адаптації.

Невирішена психологічна травма може мати серйозні наслідки для соціальної адаптації постраждалих, їхньої здатності функціонувати в мирному житті та здійснювати ефективну участь у суспільному відновленні.

Сучасні методи психологічної допомоги, спрямовані на подолання травматичного досвіду, зокрема соціально-психологічні тренінги та корекційні програми, є надзвичайно важливими для відновлення психічного здоров'я осіб, які зазнали психологічних травм унаслідок війни. Вивчення цієї теми дозволяє розробити ефективні методи підтримки та реабілітації людей, що пережили травмуючі події, сприяє покращенню їхнього психоемоційного стану та забезпечує належну соціальну адаптацію в умовах після конфліктного періоду.

Крім того, проблема подолання травмівного досвіду в умовах війни набуває особливої актуальності для України, де триває збройний конфлікт, що має масштабні соціальні й психологічні наслідки для широких верств населення. Вивчення цієї теми є необхідним для розробки цілісних підходів до психологічної підтримки цивільних осіб і військових, забезпечення їх психологічного благополуччя та відновлення суспільного миру після завершення війни.

Таким чином, дослідження психологічних механізмів подолання травмівного досвіду є необхідним для формування стресостійкості особистості, підвищення її адаптаційних можливостей та соціальної інтеграції. Дослідження цієї проблеми спирається на роботи як класичних зарубіжних дослідників, зокрема Е. Торндайка, К. Хорні, Г. Салліван, С.Е. Хобфолл, Дж. Горовіц і Г.А. Бонанно так і сучасних вітчизняних науковців: Н.Є. Завацької, В.М. Крайнюка, О.В. Літвінової, Т.М. Титаренко та інших.

Об'єкт дослідження – психологічна травма.

Предмет дослідження – сприяння подоланню травмівного досвіду особистості в умовах війни.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості подолання травмівного досвіду особистості в умовах війни.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукову літературу з проблеми вивчення психологічної травми.
2. Визначити чинники виникнення та механізми подолання травмівного досвіду особистості.
3. Дослідити особливості прояву травмівного досвіду.
4. Здійснити психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту.
5. Розробити програму соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на подолання травмівного досвіду особистості.
6. Здійснити психологічний та статистичний аналіз результатів формувального експерименту.

евревірити ефективність корекційних заходів за допомогою t-критерію Стьюдента.

Методологічну та теоретичну основу дослідження становили: фундаментальні принципи психології детермінізму, розвитку, активності, єдності свідомості та діяльності (І.Д. Бех); принципи системності (Т.М. Титаренко, В.Г. Панок); концепції цілісного розвитку особистості (Л.Й. Гуменюк, Н.Ю. Максимова, І.А. Мартинюк); теорії подолання психологічної травми (О.Л. Туриніна, Н.Є. Гоцуляк, О.В. Тімченко); дослідження стресостійкості та адаптації особистості (В.М. Крайнюк, Л.М. Карамушка); методологічні принципи організації психологічного дослідження (С.І. Бабатіна, О.О. Байєр); сучасні підходи до надання психологічної допомоги постраждалим від травматичних подій (О.В. Тімченко, Г.І. Ломакін, О.В. Федчук); ресурсорієнтовані моделі психологічної підтримки, зокрема модель BASIC Ph (К.П. Гавриловська); механізми психологічного захисту та копінг-стратегії в умовах травматичного досвіду (Б.Т. Дем'яненко, Г.О. Діденко, Н.В. Оніщенко); особливості переживання психологічної травми в умовах війни (О.Л. Туриніна, О.Л. Христук, С. Демчук); методи психологічної реабілітації та підтримки (З.Г. Кісарчук, Т.М. Титаренко, О.В. Тімченко); дослідження посттравматичного стресового розладу та його впливу на особистість (Л.Й. Гуменюк, І. В. Музиченко, С.О. Гарькавець); а також на концепціях соціально-психологічної адаптації та дезадаптації особистості (І.Д. Зверева, О.М. Кокун).

Методи (методики) дослідження:

- теоретичні – аналіз, синтез, узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження травматичного досвіду та методів його подолання;
- емпіричні – бесіда, констатувальний та формувальний експерименти, тестування (ресурсорієнтована модель стресодолання BASIC Ph для аналізу індивідуальних ресурсів подолання стресу; методика визначення рівня тривожності (Шкала Дж. Тейлора); самооцінка психічного стану:

самопочуття, загальна активність, настрої (САН); шкала посттравматичного стресового розладу (PCL-5);

- статистичні – t-критерій Стьюдента.

Наукова новизна дослідження полягає в:

- розгляді наявних підходів до вивчення психологічної травми в контексті війни;
- розробці програми соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на подолання травмівного досвіду особистості.

Теоретичне значення дослідження полягає у визначенні чинників розвитку травмівного досвіду; виокремленні поняття психологічної травми; вивченні різноманітних форм прояву травмівного досвіду; розробці програми соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на подолання травмівного досвіду особистості.

Практичне значення дослідження. Дані, отримані в ході проведення емпіричного дослідження, можуть бути використані, психологами щодо надання психологічної допомоги, здобувачами вищої освіти щодо опанування відповідних тем навчального матеріалу, а також всіма зацікавленими даною проблемою особистостями.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ

1.1. Аналіз наукової літератури з проблеми вивчення психологічної травми

Проблематика розуміння сутності та змісту психічної травми і психотравми перебуває в центрі уваги багатьох дослідників. Інтерпретація цих феноменів значною мірою залежить від наукової галузі, до якої належать автори, та їх методологічного підходу. Ранній етап досліджень акцентував увагу на феномені психічної травми, що висвітлювався у працях вчених, таких як О.В. Тімченко, Н.В. Оніщенко, Л.Й. Гуменюк [11; 34; 7]. У сучасний період інтерес науковців сфокусувався на психотравмі як самостійному психологічному явищі, що детально вивчалось в роботах Н.Ю. Максимової, Г.О. Мусієнко, О.А. Ліщинської [27; 32; 22].

Формування сучасного розуміння поняття «психотравма» відбулося завдяки введенню нових термінів і концепцій. У 1927 році дослідження психологічних реакцій на стрес набули розвитку, що згодом розглядалось у працях Ж. Лазаруса, Г. Саполскі та інших [68; 76]. На міжнародному рівні значний внесок зробили дослідники, які зосередили увагу на психосоціальних наслідках катастроф, такі як Х. Хобфолл та Р. Брайант [63; 55].

Поняття психічної травми набуло систематизації в 1952 році, коли Американське психіатричне співтовариство включило до класифікації DSM-II діагноз «реакція на сильний емоційний і фізичний стрес». Цей крок заклав підґрунтя для формування сучасного розуміння психотравми [57]. Через деякий час ця категорія була виключена, але проблематика, з якою стикнулися ветерани війни у В'єтнамі, знову привернула увагу фахівців. У 1980 році термін увійшов до DSM-III як «посттравматичний стресовий розлад» [55].

Сучасна міжнародна класифікація хвороб (МКБ-10) у рубриці F-43 включає «реакцію на важкий стрес і порушення адаптації». У вітчизняній

психіатрії це класифікаційне положення розглядається як відображення змістовних аспектів психотравми [7]. Узагальнення уявлень про природу психічної травми значною мірою сприяли концепції З. Фрейда, які лягли в основу сучасних психоаналітичних інтерпретацій [59].

Розгляд феномену психічної травми в історичному контексті демонструє значущість внеску М. Хоровіца, який, працюючи з пацієнтами з травматичними проявами, зазначав, що симптоматика виникає як «осад афективних переживань». Ідея, пізніше відома як психічна травма, привернула увагу широкого кола дослідників [65]. Логіко-історичний аналіз свідчить про циклічність інтересу медичної та психологічної спільнот до змісту психічної травми, що з часом сприяло її диференціації та поглибленню етіологічних уявлень.

У науковій літературі зустрічається понятійна-термінологічна неупорядкованість щодо психотравми, яка властива різним психологічним напрямкам. Н.Ю. Максимова визначає психологічну травму як реакцію на стресові життєві події, включаючи війни, стихійні лиха, акти насильства, тяжкі хвороби, а також ситуації втрат і міжособистісних конфліктів. Такий підхід акцентує увагу на широкому спектрі життєвих викликів [27].

О.А. Ліщинська уточнює зміст поняття психотравми, спираючись на психоаналітичну теорію, і наближає його до сучасного розуміння. Водночас, G. Bonanno інтерпретує психологічну травму як порушення нормального функціонування психіки, викликане несприятливими чинниками середовища або стресом. У цьому контексті психологічна травма розглядається як актуальна проблема, що має чіткий зв'язок із зовнішніми обставинами [54].

Як зазначають І.В. Музиченко [31] та Н.Ю. Максимова [27], основу психотравми становлять або одиничний, надстресогенний досвід, або тривала існуюча стресова ситуація.

І.А. Мартинюк виділяє чотири основні характеристики психотравми: зовнішнє по відношенню до людини джерело; подія, що сталася, викликає у людини жах і безпорадність; ситуація абсолютно руйнує звичайну систему життєдіяльності людини; ситуація створює у людини відчуття безпорадності,

безсилля що-небудь зробити, і людина або в змозі, або не в змозі впоратися зі стресом [28].

Науковці з різних країн наголошують на тому, що війна спричиняє серйозні наслідки для психічного здоров'я дорослого населення. Серед найпоширеніших порушень відзначаються проблеми зі сном, афективні розлади, а також депресивні й тривожно-депресивні реакції як короткочасного, так і пролонгованого характеру. Додатково виявляються психосоматичні розлади, утруднення соціальної адаптації, які посилюються труднощами ресоціалізації в нових соціальних умовах.

Поняття «психотравма» в сучасному психологічному дискурсі має широке трактування. Етимологічно цей термін походить від грецьких слів «psyche» (душа) і «trauma» (ушкодження, струс). У наукових дослідженнях психотравму визначають як залишкове явище афективних переживань, спричинених зовнішніми подразниками, що викликають психічний дискомфорт і мають патогенний вплив на особистість. Метафоричне тлумачення цього феномену наголошує на його ролі як струсу, який значно впливає на функціонування і подальший розвиток людини [40].

Етіологія терміна «психотравма» відображає не лише дію афективних переживань, але й вплив зовнішніх стресових чинників. У довідковій літературі психологічного спрямування термін «афективні переживання» трапляється рідко, що підкреслює неоднорідність використання цього поняття в різних наукових школах [53]. І.А. Мартинюк визначає психічну травму як ситуацію, яка є патогенною за своїм емоційним впливом і створює труднощі для психіки, особливо в умовах недостатності захисних механізмів. У своєму визначенні автор акцентує на здатності таких ситуацій провокувати психічні розлади [28].

Розбіжності в тлумаченні понять «психічна травма» і «психотравма» свідчать про багатогранність проблеми. Незважаючи на це, сутнісні елементи концепції залишаються близькими, що дозволяє вважати ці поняття взаємопов'язаними та придатними для використання в рамках психологічного підходу [6; 7; 18].

Дослідники висловлюють різні погляди щодо природи і класифікації феноменів психічної травми та психотравми. У деяких дослідженнях ці поняття розглядаються як подія, що провокує психологічні зміни [6], патогенний вплив на психіку [11], зовнішній подразник, який активує деструктивні процеси [7]. Інші підходи акцентують увагу на переживаннях безпорадності, пригніченості чи руйнівності, викликаних травматичними ситуаціями [53].

Критичні стани і стресові реакції також розглядаються як сутнісні аспекти психотравми [7]. І.А. Мартинюк визначає травму як залишковий вплив подій минулого, що впливають на сучасне функціонування психіки [28]. Деякі дослідники аналізують психічну травму у контексті взаємодії із захисними механізмами, вважаючи ці процеси окремими, але взаємопов'язаними [7; 27].

Різні історичні періоди і культури демонструють унікальні підходи до розуміння, формування і регуляції психотравматичних відносин. Культура переживання травм базується на соціальних нормах і цінностях, що визначають ступінь вираженості та способи подолання травматичних впливів. Соціальні практики, спрямовані на регуляцію психотравм, включають свідоме планування і відновлення соціальних відносин [53; 57].

Класифікація фруструючих факторів, розроблена С. Розенцвейгом, дозволяє структурувати основні причини виникнення психотравм. Серед них виділяються позбавлення (матеріальні, соціальні чи внутрішні самообмеження, пов'язані з комплексом неповноцінності), втрати (зовнішніх об'єктів або внутрішніх ресурсів) та конфлікти (внутрішні й зовнішні) [7].

Г.І. Ломакін наголошує на впливу наслідків травми для постраждалих, до яких належать загроза сенсоутворюючим цінностям, труднощі у компенсації втрат, ізоляція від суспільства або нав'язування неприйнятних соціальних ролей. Крім того, дослідник звертає увагу на вплив міжособистісних взаємин, особливо якщо вони пов'язані із заподіянням шкоди іншій людині або маніпулятивною поведінкою [24].

Сприйняття травматичних подій залежить від їх оцінки постраждалими. Ряд науковців, таких як Г.О. Діденко і А. Маслоу, відзначають можливість позитивного впливу психотравм, особливо якщо вони мають соціальний компонент. У цьому контексті травма може виступати стимулом до особистісного зростання, сприяти формуванню життєвих ресурсів і навіть підвищувати тривалість життя [10; 53].

Специфічні види психотравм, класифіковані за різними критеріями, стали предметом досліджень сучасних науковців. Наприклад, розглядаються такі явища, як дебрифінг, хеджинг, спінінг і боулінг, що характеризують різні аспекти травматичного впливу [57]. Динаміка психотравм, особливо у контексті онтогенезу та філогенезу, є перспективним напрямком дослідження. Праці І.А. Мартинюка, Г.О. Діденка та Н.В. Оніщенка демонструють актуальність цього підходу [28; 10; 34].

Незважаючи на численні дослідження факторів виникнення психічної травми, необхідність чіткої диференціації понять «психічна травма» і «психотравма» залишається актуальною. Подальший розвиток теоретичних і прикладних аспектів цієї проблематики сприятиме глибшому розумінню її природи та можливих шляхів подолання.

Аналіз феномену психотравми виявляє дві основні тенденції, які мають медичний і психологічний характер. Проблематика психотравматизації найбільше досліджувалася в контексті медицини, психіатрії, психотерапії та психофізіології. Саме ці галузі дали ґрунтовне уявлення про поняття «психічна травма» [6; 11].

Представники медичного підходу зазвичай розглядають феномен через призму таких термінів, як психогенні стани [7], психоневрози [6], емоційний стрес [11] або психологічний стрес [6]. Г.О. Діденко визначає психічну травму як подію, що сприймається індивідом як загроза існуванню, порушує нормальну життєдіяльність і стає джерелом специфічного потрясіння [10]. Н.В. Оніщенко трактує це явище як критичний психологічний стан, пов'язаний із психогенними захворюваннями [34]. А.В. Вознюк вбачає у

психічній травмі незвичайну подію, здатну викликати важкий психологічний стрес, який супроводжується страхом і почуттям безпорадності [42].

І.А. Мартинюк пропонує підхід, у якому психічна травма розглядається як зовнішній подразник, що викликає болісні переживання, патогенний вплив і навіть розвиток дитячих неврозів [28]. Н. Пезешкіан розділяє психотравми на макро- і мікротравми. Макротравми, на думку автора, є значущими подіями, які потребують мобілізації особистісних ресурсів для адаптації. Деякі з цих подій можуть бути сприйняті не лише негативно, але й як джерело радості [53].

За визначенням О.В. Тімченка, психотравма характеризується болісним і патогенним впливом, що викликає страждання. О.І. Захаров розширює це поняття, вбачаючи в ньому афективне відображення значущих подій, які справляють негативний вплив на психіку індивіда в цілому [7].

І.Д. Бех описує психічну травму як інтенсивний, але короткочасний від'ємний вплив, здатний спричиняти емоційні переживання, такі як горе, тривога, жах, а також різноманітні психічні й соматичні порушення [3]. Г.А. Бонанно, навпаки, стверджує, що травматичний досвід може перетворюватися на тривалий процес через повторне проживання травматичної ситуації, катарсис і відреагування, що часто викликають ретравматизацію. За його спостереженнями, цей стан може тривати майже все життя [54].

Медичний підхід акцентує увагу на специфіці травматичних подій, які виходять за межі звичайного досвіду, спричиняють повторювані переживання, стимулюють уникнення пов'язаних з травмою подразників, а також провокують стійкі симптоми підвищеної збудливості [57]. Такий підхід ґрунтується на аналізі наслідків травматичних подій і визначенні їх впливу на психічне здоров'я.

Психологічний підхід зосереджується на взаємодії особистості із середовищем, відзначаючи провідну роль суб'єктивного сприйняття ситуації. К. Левін у своїй концепції «суб'єктивної ситуації» акцентує увагу на тому, як індивід інтерпретує події, що впливають на його психіку. Л.С. Виготський розглядає поняття «психологічний життєвий простір», а У. Томас – процес

аналізу і осмислення ситуації як ключовий елемент психологічного підходу [53].

Методологія дослідження суб'єктивної ситуації визнається найбільш адекватною для аналізу феномену психотравми. Відмінності між поняттями «психологічна травма» і «психотравма» підкреслюють дослідники Н.І. Пов'якель, Л.А. Пергаменщик і D. Olweus. Їхні роботи вказують на те, що психотравма ґрунтується на суб'єктивній інформації, що дозволяє контролювати ситуацію і знижувати її вплив на особистість [6; 53].

Суб'єктивність сприйняття та оцінки травмівних подій визначає індивідуальні стратегії подолання наслідків. Взаємозв'язок між середовищем і психікою відкриває нові перспективи для дослідження цього феномену в межах психології та медичної практики.

Сучасний психологічний підхід до визначення поняття «психотравма» базується на концепціях, розроблених у працях Сапольські, який наголошував на центральній ролі емоцій у структурі травматичного переживання. Емоційні стани відіграють ключову роль у взаємозв'язку психічних і соматичних систем особистості, а також у процесі інтеграції психічних функцій [76].

І.А. Мартинюк визначає психічну травму як будь-яку значущу ситуацію з патогенним емоційним впливом, яка є складною для психологічного подолання і може спричиняти психічні розлади за умов недостатності захисних механізмів [5]. Більшість визначень психічної травми зосереджуються на описі травматичних переживань, однак психологічний підхід до психотравми акцентує увагу на її суб'єктивній природі. Психотравма розглядається не як короткочасна реакція чи афект, а як процес, що включає рефлексію травматичної ситуації та її інтеграцію в автобіографічний досвід [6; 53].

Психологічна природа психотравми характеризується декількома особливостями: насамперед, психотравма належить до підсвідомих форм психічної діяльності, що визначає її невизначеність і гнучкість [53]. Внутрішній конфлікт є однією з ключових складових, що проявляється у зіткненні протиріч і несумісностей всередині особистості [7].

Психотравмуюча ситуація сприймається як психологічно значуща і суб'єктивно інтерпретується індивідом, що робить її інтегральною частиною особистісного досвіду [53].

Дослідження наголошують, що дія психотравми локалізується не зовні, а всередині індивіда, впливаючи на його психологічний стан через внутрішні механізми взаємодії. Осмислення травматичної події як завершеного досвіду, що залишається ключовим для теперішнього і майбутнього, є необхідною умовою для інтеграції психотравми у життєвий шлях особистості.

1.2. Психологічна характеристика поняття «травма»

Поняття «психологічна травма» в сучасній вітчизняній психології не має чіткого визначення. Його найбільшого розвитку можна простежити в рамках теорії посттравматичного стресового розладу, що отримала популярність наприкінці 1980-х років у кризовій психології [6; 53]. Витоки концепції травми сягають праць З. Фрейда, Ж.М. Шарко та Ж. Брейєра. З. Фрейд створив першу психоаналітичну теорію травми, де це явище розглядалося як глибоко укорінений у несвідомій сфері афект, що патогенно впливає на психіку та є основою невротичних розладів [59]. Джерело травми, за Фрейдом, знаходиться не у зовнішній події, а у психічному розщепленні Его, викликаному травматичною тривогою та несвідомими фантазіями [59].

У загальнолюдському розумінні поняття травми найчастіше асоціюється з тілесними ушкодженнями, порушенням цілісності організму. Інтенсивність і тяжкість травм залежать від сили впливу джерела та рівня захисного бар'єра. Реакція організму на порушення гомеостазу спрямована на відновлення стабільності, а чужорідні елементи підлягають витісненню [6]. Аналогічно функціонує і психіка, прагнучи до збереження стабільності. Усе, що порушує цей баланс, підлягає витісненню, за термінологією З. Фрейда [59]. Від фізичної травми психічна відрізняється своєю інтрапсихічною природою, оскільки психіка може травматизувати саму себе, генеруючи думки, спогади та афекти.

Невидимість психічної травми є її суттєвою відмінністю від фізичної. Її присутність об'єктивується через непрямі ознаки, серед яких головною є душевний біль. Біль не лише сигналізує про ушкодження, а й активує механізми зцілення. Психічний біль інформує про психологічне неблагополуччя та сприяє активації захисних механізмів, таких як витіснення та придушення [6].

Реакція на травмівний вплив завжди є, і її інтенсивність прямо пропорційна глибині травми. До реакцій можна віднести як фізичні дії, так і емоційні переживання: удар, сльози чи відчуття безсилля. Відповідна реакція сприяє розрядженню надмірного психічного напруження, яке виникає під час травматизації. Процес забезпечує зниження рівня психічного збудження та сприяє відновленню рівноваги.

Коли рівень психічного напруження, спричинений травмівною ситуацією, не знаходить виходу, наприклад, через вербальне вираження, психіка активує захисні механізми. Захисні механізми сприяють трансформації травмівної енергії у тілесні симптоми, що зумовлює розрядження через соматичну сферу. У психоаналізі цей процес отримав назву «конверсія». Психосоматична психотерапія досліджує символічне значення конверсійних симптомів, які проявляються у вигляді захворювань певних органів залежно від характеру переживання [59].

Симптоматика соматичних реакцій часто пов'язується з типом емоційного конфлікту. Образа, яку неможливо «проковтнути», призводить до захворювань горла або щитоподібної залози, тоді як образа, що «не переварена», проявляється проблемами у шлунково-кишковому тракті. Переживання розбитого серця локалізуються у серцевих захворюваннях. Почуття провини проявляється через нудоту, спазми судин чи інші соматичні розлади, а сексуальна провина — у формах циститу або енурезу. Пригнічені сльози та плач можуть спричинити розлади кишечника чи риніт. Безсила злість або відчуття відсутності підтримки пов'язуються з порушеннями опорно-рухового апарату, а травми самолюбства — із головним болем чи гіпертонією [76].

3. Фройд наголошував, що соматизація, сприяючи розрядженню психічної напруги, формує у психіці специфічне «ментальне ядро», яке є асоціативним центром, пов'язаним із усіма характеристиками травмивного досвіду. У разі, коли нові ситуації нагадують травмивний досвід, «ядро» активується, запускаючи патологічні механізми реагування. 3. Фройд називав цей феномен «нав'язливим повторенням». Така властивість психічної травми зумовлює її здатність надовго залишатися у пам'яті, відтворюючи травмивні спогади і формуючи патери реагування, які найчастіше є несвідомими [59].

Психічний біль сигналізує про дисбаланс у психологічній сфері, водночас виконуючи інформаційну функцію, що стимулює процеси зцілення. Реакції на травмивний вплив сприяють зниженню рівня психічного напруження. До таких реакцій належать емоційні, когнітивні та поведінкові прояви, які виконують роль механізмів адаптації до травматичного досвіду [6; 7].

Згідно з теорією 3. Фрейда, вирішальним фактором наслідків травмивної події є не лише її сила, але й рівень підготовленості організму, що визначається його адаптаційним потенціалом. Травма не завжди проявляється у вигляді хворобливих спогадів або переживань. Вона може виконувати роль «збудника хвороби», провокуючи такі симптоми, як фобії, obsesії або заїкання [59]. Фройд наголошував, що симптоми можуть зникати, якщо травмивна подія повторно проживається з емоційною інтенсивністю, що створює підґрунтя для психоаналітичної психотерапії та дебрифінгу [59].

Основні положення теорії травми, сформульовані 3. Фрейдом, акцентують на кількох аспектах. Психічні травми вважаються центральними в етіології неврозів. Їх травмивний характер залежить від інтенсивності переживання і суб'єктивної психологічної конституції індивіда. Травмивні події найчастіше виникають у ранньому дитинстві та можуть бути пов'язані з тілесними відчуттями або чуттєвими сприйняттями. Наслідки травми поділяються на позитивні й негативні: позитивні пов'язані зі спробами згадати, переосмислити та знову прожити травмивний досвід, а негативні – із захисними реакціями, такими як уникнення або формування фобій [59].

О. Феніхель доповнив теорію травми спостереженням, що будь-який раптовий і сильний потік подразників може спричиняти психічну травму. Можливість моторної реакції в момент травми суттєво знижує ризик психічного розладу. Автор виокремив типові симптоми травматизації, серед яких порушення функцій Его, втрати почуття реальності, емоційна лабільність, порушення сну, а також періодичне програвання травматичної ситуації у думках і переживаннях [59].

Розробки З. Фрейда щодо несвідомих фантазій та їх травматогенного ефекту були підтримані К. Юнгом. Його дослідження заблокованих афектів і дисоційованих станів призвели до розуміння множинності травмівних переживань і комплексів, які формуються під впливом травми. Д. Калшед продовжив цю ідею, наголошуючи на індивідуальних відмінностях у сприйнятті та обробці травматичного досвіду [53; 59].

У пізніших концепціях поняття психічної травми розглядалося крізь призму теорії стресу як особлива форма загальної стресової реакції. Підхід, запропонований Г. Сельє пояснює травматичний стрес як результат тривалого й інтенсивного впливу стресового фактора, що перевищує адаптаційні можливості організму. Такий вплив порушує психологічний захист, викликає тривогу та призводить до фізіологічного й психологічного «зламу» [53].

У нормальних умовах стрес активує адаптаційні ресурси, сприяючи пристосуванню до мінливих обставин. Травмівний стрес, натомість, виснажує ці ресурси, провокуючи розвиток патологічних станів. Сучасні дослідники визначають психологічну травму як стан інтенсивного страху, що виникає внаслідок раптової події, яка загрожуює життю індивіда та перевищує його можливості ефективно реагувати [7].

Американський вчений П. Левін запропонував інтегративний підхід до розуміння травми, поєднавши досягнення психології, психофізіології, біології та нейропсихології. Він розглядав травму як прорив у бар'єрі захисту особистості, що супроводжується сильним почуттям безпорадності. Причиною травматизації стає недостатність індивідуальних ресурсів для подолання травмівної ситуації. На думку П. Левіна, руйнівна дія травми

залежить від її суб'єктивної значущості, рівня психологічного захисту та здатності особистості до саморегуляції [53].

Травмивні події варіюються за своїм впливом і можуть включати як очевидно небезпечні ситуації (війна, насильство, нещасні випадки), так і повсякденні події, які на перший погляд не здаються загрозливими. Наприклад, незначна дорожньо-транспортна пригода або медична процедура можуть викликати психологічний стрес, що супроводжується соматичними симптомами.

Д. Калшед підкреслив, що психічна травма може виникати не лише через зовнішні події, але й через внутрішні процеси самої психіки. Зовнішня травма трансформується у внутрішню самотравматизуючу силу, що провокує розвиток деструктивних механізмів. Захисні реакції психіки перетворюються із засобів збереження в системи самознищення, що підсилює патологічний вплив травми [53].

Підходи до розуміння психічної травми, розроблені в рамках теорії стресу та психотерапії, демонструють багатогранність цього феномену, інтегруючи знання різних наук для комплексного аналізу його природи та наслідків.

Психіка, що зазнала травми, часто регресує до архаїчного рівня захистів, серед яких відхід від реальності, аутизм, розщеплення, трансіві стани, множинні ідентичності, стереотипні реакції та втрата сенсу існування. Такий регрес ускладнює звернення до раціональної частини свідомості. Архаїчні захисти, незважаючи на їх примітивність, виконують функцію запобігання руйнуванню особистості, намагаючись адаптувати психіку до пережитої травми. Д. Калшед дійшов висновку, що травмована психіка схильна самотравматизації через феномен нав'язливого повторення. Постраждалі часто опиняються у ситуаціях, які відтворюють первинну травму. Людина з травмою приниження постійно стикається з приниженнями, а з травмою зради — із повторними зрадами [6].

3. Фройд, досліджуючи «невроз долі», вказував на тенденцію повторювати травматичні сценарії, яка є несвідомою. Наприклад, приниження

чи удари по самолюбству стають постійними супутниками особистості з травмою подібного характеру. На думку Д. Калшеда, існують психічні травми, несумісні з колишньою ідентичністю, проте їх наслідки не є безповоротними. Відновлення починається з формування довіри до психолога, що можливе лише через прояв емпатії й підтримки. Лише після цього можна перейти до відновлення нормальних захистів і повернення сенсу життя [53].

О. Ранк запропонував концепцію «травми народження», яка вважається джерелом неврозів. Несвідомі переживання, пов'язані з народженням, стають прототипом страху, що повторюється в усіх небезпечних ситуаціях. Перехід із внутрішньоутробного стану гармонії до зовнішнього світу спричиняє тривогу, що породжує прагнення повернутися у стан первинного єднання, яке недосяжне, і може призводити до неврозів. Дорослі люди також відчують тугу за цією гармонією, яка іноді проявляється у сексуальній поведінці, як символічна спроба досягти єдності [53].

У дослідженні А. Венгера, що присвячене аналізу наслідків травматичних подій у дітей, виокремлено кілька етапів переживання психологічної травми. До них належать шоківий стан, етап стабілізації, відновлення та інтеграція на особистісному й соціальному рівні [6].

Первинною реакцією на важку психотравму є шоківий стан, якому особливо піддаються діти через їхню емоційну незрілість. Шоківий стан може мати дві форми: патологічне гальмування та патологічне збудження. При гальмуванні дитина стає малорухливою, її дії уповільнені, а обличчя набуває «маскоподібного» виразу. Спостерігається блідість, слабкість мови, елективний або тотальний мутизм. Реакція на зовнішні подразники ослаблена, дитина уникає контакту з оточенням. У випадку патологічного збудження з'являється хаотична активність, яка не має цільового спрямування. Можливі крики, плач, агресія чи деструктивна поведінка. У деяких випадках збудження та гальмування чергуються, створюючи загальну картину відсутності цілеспрямованої активності й контакту із зовнішнім світом.

Відсутність адекватної психологічної підтримки на попередньому етапі може призвести до розвитку симптомів ПТСР. На цьому етапі зростає

необхідність психологічної допомоги, спрямованої на зменшення емоційного напруження, стабілізацію стану особистості та формування відчуття безпеки. Невчасна підтримка може посилити симптоматику ПТСР, що проявляється у порушенні сну, повторюваних спогадах і униканні ситуацій, пов'язаних із травмою.

Після стабілізації розпочинається етап відновлення, де ключову роль відіграють соціальні та індивідуальні ресурси особистості. Завдання цього етапу полягає у формуванні нових захисних механізмів і поступовому поверненні до нормального функціонування. Інтеграція як завершальний етап включає усвідомлення та прийняття травматичного досвіду, що дозволяє особистості реінтегруватися у соціальне середовище [6].

Аналіз переживань дитини на кожному з етапів травмівного досвіду дозволяє вибудувати індивідуальний підхід до реабілітації, спрямований на відновлення її емоційного стану та адаптацію до нових умов.

1.3. Психологічні аспекти сприйняття травми в умовах війни

Російська агресія проти України, розпочата у лютому 2022 року у формі повномасштабної війни, створила значні наслідки для фізичного та психологічного здоров'я українського населення, а також вплинула на його працездатність і соціальне функціонування. Зростання кількості кризових ситуацій, що загрожують життю громадян і викликають стійкі зміни в їхній особистісній структурі, є характерною тенденцією сучасного життя. Відновлення здоров'я та працездатності осіб, які зазнали впливу соціально-психологічних наслідків війни, стає однією з ключових завдань [3].

Інтенсивність і непередбачуваність сучасних збройних конфліктів, зокрема війни в Україні, визначаються використанням потужних засобів ураження, таких як авіабомби, крилаті ракети великої дальності, дистанційне мінування територій і застосування важкої артилерії. Технологічні інновації, включаючи штучний інтелект і безпілотні літальні апарати, ще більше

підсилюють руйнівний вплив конфлікту. Такі обставини спричиняють значні санітарні втрати серед військовослужбовців і цивільного населення, а також масштабні руйнування військової та цивільної інфраструктури. Наслідками цих подій стають вимушене переселення людей, погіршення психофізіологічного стану та благополуччя, що вимагає запровадження реабілітаційних і соціально-психологічних заходів [4].

Сучасні дослідження, зокрема праці Л.М. Карамушки, наголошують на необхідності надання допомоги уразливим верствам населення. До них відносять осіб, які виїхали з територій активних бойових дій або регіонів із загрозою їх виникнення як на інші території України (внутрішньо переміщені особи), так і за кордон. Особливої уваги потребують ті, хто залишився в районах потенційного або активного конфлікту, особи, які перебували чи перебувають під окупацією, а також діти різних вікових груп, які є найбільш вразливими до травматичних подій [15].

Відновлення психологічного стану та інтеграція цих осіб у мирне життя вимагають комплексного підходу, що включає адаптаційні програми, реабілітацію та соціальну підтримку. Ситуація вимагає всебічної підтримки, оскільки війна призводить до серйозних особистісних змін і психологічних труднощів.

Сучасна війна, включаючи конфлікт в Україні, характеризується високою інтенсивністю, непередбачуваністю і застосуванням потужних засобів ураження, таких як крилаті ракети, дистанційне мінування територій, авіабомби, артилерійські обстріли. Використання новітніх технологій, включаючи штучний інтелект і безпілотні літальні апарати, значно ускладнює ситуацію. Визначені фактори призводять до масових санітарних втрат серед військових і цивільного населення, руйнування інфраструктури, погіршення умов життя та здоров'я, а також вимушеного переміщення людей [4].

Вразливі верстви населення, які особливо потребують допомоги, охоплюють внутрішньо переміщених осіб (ВПО), громадян, що залишили території бойових дій, або перебували під окупацією, а також дітей. Л.М. Карамушка наголошує, що увага до цих груп має бути зосереджена на

забезпеченні реабілітаційних, реадaptaційних і соціально-психологічних заходів. Перебування у зонах бойових дій, на територіях під окупацією або у вимушеній еміграції створює умови для розвитку психологічних травм, посттравматичного стресу і соціальної дезадаптації.

Військовослужбовці Збройних Сил України складають окрему групу осіб, які зазнали впливу численних патогенних факторів війни. Серед них виділяються ті, хто бере участь в активних бойових діях, отримав поранення та проходить лікування, пережив полон або є членами сімей загиблих. Постійний психофізичний тиск і вплив бойових дій призводять до зростання санітарних і людських втрат як серед військових, так і серед цивільного населення. Визначені категорії громадян потребують комплексної допомоги, що охоплює психологічну, медичну, соціальну й юридичну підтримку [3].

Війна створює нові виклики для українських психологів, які зобов'язані адаптувати систему соціально-психологічної допомоги до потреб людей, що постраждали від бойових дій. Інтенсивність та масштаб травмуючих подій війни підкреслюють тривалість їхнього впливу. Окрім фізичних загроз і травм, громадяни стикаються з хронічними психологічними травмами, що виникають внаслідок масової втрати ресурсів та життєвих перспектив, які з часом можуть посилюватися [11].

Кожна категорія постраждалих має власні специфічні особливості. Вимушені переселенці потребують адаптації до нових соціально-економічних і культурних умов. Особи, які перебували під окупацією, зіштовхуються з необхідністю подолання психологічних травм, викликаних втратою близьких, насильством чи іншими травмівними подіями. Військові, що зазнали серйозних поранень, каліцтв, ампутацій чи контузій, потребують довготривалої реабілітації, поряд із вирішенням соціально-психологічних проблем [16].

Жоден збройний конфлікт не обходиться без значних психологічних наслідків для учасників. Бойові дії руйнують звичний уклад життя, спричиняючи соціальні, психологічні й соматичні розлади. Учасники бойових дій і мирне населення зазнають порушень адаптації, які можуть проявлятися у

психічних розладах, психосоматичних захворюваннях та інших ускладненнях. Ефективне подолання цих наслідків вимагає системного підходу, включаючи медичну підтримку, психологічну реабілітацію й соціальну адаптацію [5; 6; 8].

Соціально-психологічна підтримка постраждалих має базуватися на індивідуальному підході, враховуючи складність і багатовимірність проблем, спричинених війною.

Військові конфлікти, зокрема війна, нерідко спричиняють глибокі психологічні травми, які мають певні етапи переживання та особливості. О.Туриніна в своїх дослідженнях наголошує, що основи поняття травми закладено в ранніх роботах З. Фрейда, який вбачав причину психологічної травми у внутрішньому розщепленні психіки, а не в зовнішніх подіях [48]. Згідно з його теорією, травма впливає на несвідому сферу, формуючи афекти, які мають патогенний характер і можуть спричинити невротичні розлади. Д. Калшед розвиває цю ідею, стверджуючи, що травмована психіка здатна провокувати самотравматизацію через нав'язливе повторення болісних спогадів [29].

Сучасні науковці пропонують різні трактування поняття психологічної травми. Н. Гоцуляк визначає її як подію чи ситуацію, що впливає на значущі аспекти існування людини, викликаючи сильне психологічне переживання. Причиною травми вважається незавершеність інстинктивної реакції організму на травматичну подію [6]. А. Терещук підкреслює, що психологічна травма виникає, коли людина опиняється в умовах беззахисності перед небезпекою. Емоційна пам'ять при цьому перешкоджає формуванню ефективних поведінкових стратегій, посилюючи психологічні проблеми [44].

О. Христук пояснює, що травмівний досвід залишає афективні переживання, які спричиняють психічний дискомфорт і патогенний вплив на особистість. У метафоричному сенсі травма означає глибоке потрясіння психіки, яке суттєво впливає на функціонування і розвиток індивіда. Науковець звертає увагу на основну суперечність травми: прагнення забути травмівну подію конфліктує з потребою проговорити її [49].

О. Туриніна визначає кілька аспектів, що відрізняють психологічну травму від фізичної: вона вказує на зовнішній характер травми, водночас підкреслюючи її інтрапсихічну природу, адже психіка здатна самотравматизуватися через певні думки чи спогади. Невидимість травми ускладнює її діагностику, проте душевний біль слугує основною ознакою травматичного стану. Психіка, прагнучи до відновлення, запускає захисні механізми, що допомагають організму адаптуватися до нових умов [48].

Н. Оніщенко підкреслює, що війна загострює ризики психологічної травматизації через втрати близьких, здоров'я, житла та звичного способу життя. Вплив таких подій може супроводжуватися нервово-психічними розладами, що ускладнюють процес адаптації [34].

Емоційні, ментальні, фізичні та поведінкові наслідки психологічної травми мають багаторівневий характер, про що свідчить аналіз досліджень О. Лентянчик. Емоційна сфера характеризується кількома основними реакціями. Під час шокowego стану спостерігаються заперечення реальності, відчуття нереальності події та глибокого емоційного ступору. Виникає страх перед можливим повторенням травматичної ситуації, порушенням безпеки власної чи близьких. Стан супроводжується злістю, спрямованою як на винуватців події, так і на несправедливість світу, зростає дратівливість. Часто відзначаються глибокий смуток, пов'язаний із втратою близьких чи матеріальних цінностей, та відчуття сорому через безпорадність або неадекватну поведінку [21].

Ментальні реакції виявляються через нав'язливі думки, спогади про травматичний інцидент або навіть інші страшні події. Характерною є неможливість забути пережите, кошмарні сновидіння, труднощі в прийнятті рішень та проблеми з концентрацією уваги й пам'яттю. Часто люди намагаються витіснити або приглушити болючі спогади, однак це лише поглиблює травмівний досвід.

Фізичні наслідки включають розлади сну, прояви хронічної втоми, напруження м'язів, серцебиття, пітливість та навіть розлади травлення. Люди, які переживають травму, часто скаржаться на постійне загальне збудження та

підвищену чутливість до шумів. Такі фізичні симптоми свідчать про глибокий вплив травми на соматичний стан [17].

У поведінковій сфері простежуються такі реакції, як соціальна ізоляція, втрата інтересу до звичних занять та хобі. Часто спостерігається дратівливість у взаємодії з іншими людьми, погіршення концентрації, відсутність мотивації. Деякі індивіди починають зловживати алкоголем, наркотиками або переїдати, тоді як інші, навпаки, втрачають апетит. Такі прояви свідчать про намагання впоратися з внутрішнім болем та напругою через зовнішні дії, хоча ці спроби часто виявляються деструктивними.

Поглиблене розуміння наслідків психологічної травми допомагає вибудувати індивідуальні стратегії психологічної допомоги, орієнтовані на кожен із зазначених аспектів. Аналіз цих реакцій дозволяє ефективно впливати на стабілізацію стану особистості, сприяючи її адаптації до нових життєвих умов.

Розгляд етапів переживання психологічної травми вимагає комплексного підходу, який враховує різноманітні аспекти впливу травматичних подій. О. Туриніна виділяє чотири основні етапи: шоківий, стабілізації, відновлення, особистісної та соціальної інтеграції [48]. Підхід акцентує увагу на послідовності від первісної реакції на травму до поступового повернення до соціальної активності.

Н. Оніщенко пропонує альтернативний підхід, ототожнюючи етапи психологічної травми з фазами переживання горя. Перша фаза характеризується шоком і заціпенінням, що триває приблизно дев'ять днів. Друга фаза охоплює період страждань і дезорганізації тривалістю до семи тижнів. Після цього настає етап остаточних поштовхів і реорганізації, який може тривати до року, а завершення процесу передбачає інтеграцію травматичного досвіду у свідомість [34].

Особливості переживання травми під час війни розкриті в дослідженнях О. Лентянчик. Автор виділяє шість етапів: очікування, удару, дії, медового місяця, усвідомлення та відновлення. Етап очікування супроводжується відчуттям тривоги та паніки, які можна зменшити через підготовку до

можливих кризових ситуацій. На етапі удару відбувається безпосереднє зіткнення з руйнівною подією, яка в залежності від рівня підготовки може викликати стан заціпеніння або хаотичну активність [21].

Під час етапу дії людина зазвичай не проявляє емоцій, а всі ресурси організму спрямовані на виконання конкретних завдань. Медовий місяць характеризується перепадами настрою, відчуттям єднання з оточуючими та поступовою стабілізацією. Етап усвідомлення супроводжується аналізом втрат, які можуть включати як матеріальні, так і нематеріальні складові. Етап може бути пов'язаний із порушенням сну, поведінковими проблемами та конфліктами [17].

Останній етап, відновлення, поділяється на дві фази. Перша фаза зосереджена на фізичному та фінансовому відновленні, що передбачає повернення до попереднього рівня життєдіяльності. Друга фаза включає духовне відновлення, яке є тривалим процесом і спрямоване на пошук нових життєвих сенсів. На цьому етапі відбувається остаточне примирення з минулим і прийняття нової реальності [17].

Етапи переживання психологічної травми під час війни висвітлюються у різних дослідженнях, кожне з яких має свої особливості аналізу та інтерпретації. О. Туриніна виокремлює п'ять ключових стадій адаптації до травматичних подій. Першою є заперечення, коли людина не може одразу усвідомити реальність події, а реакції на стрес можуть варіюватися від завмирання до активної боротьби. Друга стадія включає агресію, що виступає захисною реакцією організму, спрямованою на мобілізацію внутрішніх ресурсів. Пошук пояснень є наступним етапом, де людина намагається знайти сенс події, звертаючись до зовнішніх чи внутрішніх джерел. Після цього настає етап горя, пов'язаний із усвідомленням втрат і переживанням глибокого психічного болю. Останньою стадією є прийняття, що знаменує початок адаптації до нової реальності [48].

С. Демчук пропонує іншу структуру етапів, де шок є першою реакцією, що виникає через раптовість і масштабність події. Стадія супроводжується фізичними симптомами, такими як порушення сну чи апетиту, і триває від

кількох секунд до двох тижнів. Заперечення, яке слідує за шоком, слугує механізмом психологічного захисту, допомагаючи людині уникнути миттєвого зіткнення з реальністю. Третім етапом є повторне переживання, де думки та емоції постійно повертають людину до травмівної події. Завершує процес переосмислення, коли індивід починає знаходити способи жити у нових умовах [9].

Всі етапи характеризуються поступовим переходом від первинних реакцій до адаптації та відновлення. Усвідомлення цих стадій дозволяє створити ефективні програми психологічної підтримки, що враховують індивідуальні особливості переживання травми.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Аналіз наукової літератури проблематики психічної травми є багатогранною і розглядається через призму різних наукових дисциплін, зокрема психології, психіатрії та психофізіології, що визначає численні підходи до її трактування.

У кваліфікаційній роботі було розглянуто теоретичні основи психологічної травми, що дозволяє зрозуміти, як вона формується і проявляється в умовах бойових дій. Важливим моментом є те, що травма війни не обмежується лише фізичними ушкодженнями, а включає також емоційні, соціальні та культурні аспекти, які мають довгостроковий вплив на особистість.

Особливо важливим є розуміння того, як соціальні умови, такі як переміщення, втрати, ізоляція, зміна ролей і статусу, погіршують психологічний стан та соціальну адаптацію. Травма, яку переживають як цивільні, так і військові, має різні прояви, що вимагає індивідуального підходу до реабілітації та психологічної допомоги.

Поняття "психічна травма" і "психотравма" є складними і неоднозначними, що зумовлює існування різних визначень та класифікацій. При цьому сучасне розуміння психотравми базується на суб'єктивному сприйнятті стресових подій, їх емоційному впливі та механізмах адаптації. Психологічна травма, як правило, визначається як реакція на сильний стрес, що порушує нормальне функціонування психіки, а психотравма може бути розглянута як довготривалий процес, що включає інтеграцію травматичного досвіду в особистісний шлях.

Психологічні аспекти сприйняття травми в умовах війни є важливим елементом розуміння наслідків сучасних збройних конфліктів, зокрема агресії Росії проти України. Війна спричиняє глибокі травматичні зміни в психічному та фізичному стані як військових, так і цивільних осіб.

Насамперед, необхідно звернути увагу на вразливі категорії населення, зокрема внутрішньо переміщених осіб, осіб, які залишилися в зоні бойових

дій, та дітей, які є найбільш підданими травмуючим впливам. Урахування особливостей кожної з цих груп є основою для надання ефективної психологічної допомоги та реабілітації.

Вплив війни на психічний стан людей, зокрема через новітні технології війни, які значно посилюють травматичний досвід. Використання сучасних військових технологій, створює додаткові фактори стресу та травм для цивільного населення, зокрема для внутрішньо переміщених осіб та дітей. Психологічна підтримка в таких умовах повинна враховувати ці нові фактори і бути спрямованою на максимально швидке відновлення та адаптацію постраждалих до мирного життя.

Психологічна травма є не лише особистісною, але й соціальною проблемою, що вимагає системного підходу до лікування та реабілітації. Своєчасне виявлення та усунення наслідків травм війни сприятиме швидшій реабілітації постраждалих і поверненню до нормального життєвого ритму.

Загалом, війна створює серйозні виклики для психологічного здоров'я населення, і визнання різноманітності та багатогранності травматичних впливів є основою для розробки стратегії допомоги та відновлення.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ТРАВМІВНОГО ДОСВІДУ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Чинники виникнення та механізми подолання травмівного досвіду особистості в умовах війни

На ймовірність розвитку ПТСР впливають різноманітні фактори. До ключових належать анамнестичні дані, характеристики травмівної події, соціальне оточення, генетичні та фізіологічні особливості. Попередній досвід стресових подій та індивідуальна вразливість формують основу для підвищеної чутливості до психотравмівних обставин. Анамнестичні дані, що відображають історію перенесених криз та особистісну стійкість, впливають на інтенсивність сприйняття травми.

Особливості самої травматичної події, серед яких тривалість впливу, інтенсивність стресу та ступінь загрози для життя, визначають тяжкість психологічних наслідків. Події, що характеризуються безпосередньою загрозою життю або здоров'ю, викликають стійкі негативні реакції, які можуть переростати у хронічний стан. Відсутність контролю над ситуацією та неможливість передбачити розвиток подій посилюють деструктивний вплив стресу.

Соціальні чинники займають ключову позицію у процесі адаптації до травматичного досвіду. Соціальна підтримка, надана близькими людьми, знижує рівень стресу та сприяє відновленню психологічної рівноваги. Натомість соціальна ізоляція, втрата контактів або відчуття покинутості посилюють травматизацію та уповільнюють процес відновлення.

Фізіологічні та генетичні особливості індивіда також відіграють важливу роль у формуванні реакції на стрес. Особливості нервової системи, спадкові фактори та загальний стан здоров'я впливають на здатність до адаптації. Організм, що перебуває у виснаженому стані, демонструє знижені можливості для ефективного подолання стресу.

Схильність до сприйняття невизначеності як загрози посилює стресові реакції й підвищує ймовірність розвитку ПТСР. Люди з низькою толерантністю до невизначеності демонструють підвищену тривожність та схильність до катастрофізації подій. Непередбачуваність ситуації, особливо в умовах війни, стає додатковим чинником травматизації.

Додаткові чинники воєнного часу включають постійний вплив бойових дій та безпосередню загрозу для життя, що створюють умови хронічного стресу. Відсутність контролю над зовнішніми обставинами та неможливість планування посилюють відчуття безпорадності. Соціальні зміни, такі як втрата домівки, роботи чи звичних умов життя, ускладнюють процес адаптації до нових реалій. Інформаційний тиск, зумовлений надмірним впливом медіа та суперечливою інформацією, провокує додаткове емоційне напруження й підвищує тривожність.

Основними психологічними чинниками, що впливають на здатність впоратися зі стресом після отримання травматичного досвіду, є копінг-стратегії, життєстійкість та толерантність до невизначеності.

Копінг-стратегії визначаються як свідомі дії, спрямовані на подолання стресу. Їх ефективність залежить від характеру стресової ситуації, індивідуальних особливостей особистості та соціального середовища. Стресові ситуації викликають сильні емоції, часто негативного характеру, що може спонукати людину уникати цих переживань. Часте потрапляння в подібні обставини дозволяє формувати найбільш оптимальні стратегії реагування [41].

Дослідники виділяють три основні стилі оволодіння стресовими ситуаціями, які базуються на стратегіях копіngu. Емоційно-орієнтований стиль передбачає реакцію на стрес через емоції без конкретних дій, спрямованих на вирішення проблеми. У цьому випадку особистість зосереджується на переживаннях, залучаючи до них інших, або схильна до самозвинувачення. Проблемно-орієнтований стиль, навпаки, спрямований на аналітичне осмислення ситуації, розробку плану дій і його реалізацію. Людина самостійно аналізує обставини, шукає інформацію та звертається за підтримкою до

компетентних осіб. Особисте подолання включає уникнення проблемної ситуації або отримання соціальної підтримки від значущих інших [7].

Класифікація стратегій подолання стресу охоплює гетерогенні та аутогенні підходи. У першому випадку акцент робиться на зовнішній допомозі, яку надають професійні психологи для зміни стану стресу. Другий підхід базується на самостійній когнітивній оцінці ситуації, використанні внутрішніх ресурсів і формуванні подальшої поведінки для подолання стресу. Стратегії подолання можуть також класифікуватися за такими критеріями: конкретними проявами стресу, характером його когнітивної оцінки та поведінковими реакціями [29].

У межах дихотомічного підходу розрізняють профілактичні та оперативні стратегії. Профілактичні стратегії спрямовані на попередження наслідків стресу через зміну когнітивної оцінки ситуації, підвищення стійкості та адаптивності. Серед таких методів виділяють уникнення стресових факторів шляхом корекції життєвих обставин, зміни роботи чи обмеження тривалості виконання складних завдань. Регуляція рівня вимог передбачає свідоме оцінювання відповідності між вимогами ситуації та ресурсами особистості. Зміна поведінки, що спричиняє стрес, включає зменшення імпульсивності, уникнення гіперактивних реакцій та підвищення самоконтролю. Збільшення особистих ресурсів для подолання стресу сприяє розвитку навичок управління часом, підвищенню почуття ефективності та адаптації до складних завдань [57].

Копінг-стратегії серед новобранців охоплюють три основні стилі поведінки, спрямовані на подолання стресових ситуацій: проблемно-орієнтований, емоційно-орієнтований і соціально-орієнтований. Проблемно-орієнтований стиль зосереджений на раціональному аналізі ситуації та пошуку ефективних рішень. Підхід включає системне осмислення проблеми, визначення можливих альтернатив і активне застосування практичних дій. Наполегливість у досягненні мети, мотивація та оптимістичний настрій стають ключовими елементами такого підходу. Для зниження напруження також

рекомендується займатися фізичною активністю, зокрема спортом чи іншими видами активного відпочинку.

Емоційно-орієнтований стиль спрямований на управління внутрішнім станом через роботу з емоціями. Він передбачає переживання тривоги, що виникає через очікування майбутніх подій, а також покладання на оптимістичні очікування. У разі труднощів можливе свідоме уникнення проблеми чи витіснення негативних думок. Іноді цей стиль включає негативні способи зняття напруження, такі як вживання алкоголю, або навпаки, позитивні — наприклад, релаксація чи захоплення розважальними заходами. Проте деякі реакції, як-от самозвинувачення чи надмірна самокритичність, можуть поглиблювати внутрішній конфлікт.

Соціально-орієнтований стиль фокусується на залученні соціального середовища для подолання стресу. Серед стратегій цього підходу виділяються пошук підтримки у близьких людях, розширення кола спілкування, участь у колективних заходах та звернення за професійною допомогою. Така взаємодія сприяє не лише отриманню емоційної підтримки, а й формуванню нових зв'язків, які допомагають адаптуватися до стресової ситуації.

Стратегії трансформації передбачають профілактичні заходи, такі як когнітивна реконструкція та корекція очікувань, а також операційні дії для вирішення проблем шляхом раціоналізації. Стратегії адаптації спрямовані на зміну ставлення до проблеми, зниження психічного напруження та формування нових соціальних зв'язків. Контроль стресу реалізується через пошук інформації, спрямованої на розуміння стресових станів, та управління емоціями шляхом маніпуляції відчуттями. Уникнення як стратегія включає відволікання уваги, заперечення проблеми або її інтелектуалізацію, що іноді може виявлятися пасивним протестом.

Раціональне використання копінг-стратегій забезпечує адаптацію до стресових умов, зменшує інтенсивність стресових реакцій та сприяє збереженню психоемоційного балансу. Інтеграція цих підходів у практичну діяльність новобранців підвищує їхню стійкість до стресу та ефективність у виконанні завдань.

Поняття життєстійкості охоплює здатність підтримувати баланс між адаптацією до нових умов та прагненням до гармонійного життя. Як інтегральна властивість, життєстійкість розвивається через активну взаємодію з життєвими труднощами та опанування механізмів соціально-психологічної адаптації. Вміння є динамічним процесом, що ґрунтується на здатності до саморегуляції та переосмислення життєвих цілей. Теоретична модель життєстійкості передбачає трансформацію стресових подій на можливості для розвитку, що дозволяє розглядати їх не лише як кризові, а й як ресурсні ситуації [42].

Повномасштабна війна в Україні актуалізує дослідження життєстійкості як ключового ресурсу для збереження психічного здоров'я населення. Здатність ефективно долати випробування, приймати складні рішення та водночас зберігати якість життя стає необхідною умовою для подолання стресових ситуацій і криз. Життєстійкість вимагає не лише адаптації до зовнішніх викликів, а й мобілізації внутрішнього потенціалу для протидії несприятливим умовам, що сприяє формуванню стратегії поведінки, яка дозволяє ефективно реагувати на зміни [53; 55].

Феномен життєстійкості, у сучасній науковій літературі позначений терміном «hardiness», що з англійської перекладається як «витривалість» або «стійкість», уперше був використаний Сьюзен Кобейса у 80-х роках ХХ століття. Однак, основи вивчення цього феномену заклав американський психолог Сальваторе Мадді. Його теорія, відома як теорія активації, пояснює узгодженість між звичним рівнем активації психіки та тим, що реально потрібен для подолання життєвих труднощів. Дослідження С. Мадді дозволили дійти висновку, що реакції людей на життєві виклики суттєво відрізняються. Одні мобілізують внутрішні ресурси, адаптуються до ситуації та досягають успіху. Інші ж, навпаки, опиняються в стані апатії, прагнуть уникнути змін та віддають перевагу звичному стану [50; 52; 54; 69].

С. Мадді визначає життєстійкість як інтегральну особистісну рису, яка дозволяє ефективно долати стресові ситуації, зберігаючи при цьому внутрішню рівновагу та продуктивність діяльності. Крім того, життєстійкість

виступає системою переконань про себе, взаємини зі світом та установок, що допомагають трансформувати зміни на можливості для розвитку. Людина, наділена цією властивістю, вирізняється здатністю усвідомлено обирати своє оточення, приймати самостійні рішення, залишатися впевненою у власних силах, ефективно взаємодіяти з іншими та відповідально ставитися до своїх дій. Такий індивід здатен успішно використовувати набутий досвід, що дозволяє адаптуватися до змінних обставин [50; 54].

Концепція психологічної стійкості, розроблена С. Кобейса, базується на гіпотезі, що витривалість пом'якшує зв'язок між стресовими життєвими подіями та розвитком хвороб. Авторка виділяє три основні компоненти життєстійкості: відданість собі та роботі, відчуття особистого контролю над власним досвідом і наслідками, а також сприйняття змін як викликів, які сприяють зростанню, а не як загроз. Висновки досліджень С. Кобейса підтверджують, що люди з високим рівнем життєстійкості мають менший ризик захворювань під час стресу, зокрема це стосується витривалих керівників, які демонструють здоровіші реакції у порівнянні з менш стійкими [50].

Теорія життєстійкості також активно розвивалася іншими науковцями в рамках ресурс-орієнтованих підходів. Зокрема, це теорія самодетермінації Е. Десі та Р. Райана, концепція психологічного благополуччя К. Ріфф, теорія салютогенезу А. Антоновськи, а також напрями позитивної психології та психіатрії, розроблені М. Селігманом, М. Чиксентмігаї, Н. Пезешкіаном та Е. Мессіасом. Життєстійкість розглядається у цих підходах у різних аспектах: адаптація до стресу, подолання соціальної тривожності, підтримка фізичного та психічного благополуччя, а також сприяння якості життя під час соціальних змін [52; 53].

Стрес впливає на різні аспекти функціонування організму, зокрема емоційний, поведінковий, інтелектуальний та фізіологічний. Серед поведінкових проявів виділяють порушення сну, зміни в психомоторній активності, надмірне м'язове напруження, а також зниження ефективності в повсякденній діяльності. Емоційні реакції включають злість, дратівливість і

депресію, що посилюють негативний фон і підвищують вразливість до стресу. Когнітивні порушення, такі як труднощі з прийняттям рішень, зниження концентрації та зменшення творчої активності, є наслідком тривалого впливу стресу.

Травмівний досвід значно підвищує рівень невизначеності у житті, що ускладнює емоційне регулювання та знижує здатність особистості до подолання дистресу. Переконавання у власній неспроможності впоратися з високою напругою лише погіршують ситуацію. Толерантність до невизначеності у цьому контексті виконує роль специфічної призми, яка або посилює негативний вплив травмівних подій, або сприяє їх подоланню.

О. Гаршанов дослідив психокорекційні підходи до управління стресом і травмою, акцентуючи увагу на мультимодальній моделі BASIC PH, яка охоплює шість ключових параметрів: поведінка, афект, сенсорика, образи, пізнання та міжособистісні стосунки. Автор підкреслив значення психоосвіти для формування розуміння реакцій на травму та відновлення життєвої цілісності. Використання персоналізованих методів консультування та терапії сприяє адаптації до наслідків травматичних подій, враховуючи індивідуальні ресурси людини [11].

Сучасне життя характеризується постійною присутністю невизначеності. Наслідки пандемії Covid-19, а також повномасштабна війна в Україні, що розпочалася у 2022 році, сприяли зростанню почуття втрати контролю над подіями, зростання неоднозначності та непередбачуваності ситуацій. Такі умови викликають підвищений рівень тривоги, який, за відсутності належного емоційного та когнітивного ставлення, швидко трансформується у хронічний дистрес і виснаження. У психології цей феномен описується через поняття толерантності до невизначеності. Визначена риса визначає здатність особистості сприймати складність і непередбачуваність світу нейтрально чи позитивно, зберігаючи проактивний підхід до власної життєдіяльності [44].

Інтолерантність до невизначеності, у свою чергу, розглядається як схильність сприймати непередбачуваність як загрозу. Такий підхід

супроводжується реакціями високої тривоги, невпевненості, розгубленості та бездіяльності. Джерела невизначеності включають суперечливу інформацію, неоднозначність новин, непрогнозованість розвитку подій і наслідків рішень [2]. Негативний життєвий досвід формує стійке негативне сприйняття минулого і сприяє появі негативних очікувань щодо майбутнього. Позитивний досвід, навпаки, сприяє формуванню довіри до непередбачуваності та оптимізму у ставленні до невідомого.

Толерантність до невизначеності виступає посередником між травматичним досвідом і розвитком ПТСР. Люди, які демонструють цю властивість, здатні витримувати дискомфорт і ефективно долати суперечливі ситуації. В умовах війни розвиток цієї риси стає критично необхідним для підтримання психічного здоров'я. Здатність жити у ситуаціях, позбавлених гарантій щодо результатів власних чи зовнішніх дій, дозволяє зберігати функціональність навіть у найбільш кризових обставинах.

Дослідження М. Vives і О. FeldmanHall (2018) продемонструвало, що респонденти з високою толерантністю до невизначеності виявляли відкритість до співпраці, частіше ініціювали контакти з незнайомцями та віддавали перевагу рішенням із невизначеними наслідками. Така поведінка сприяла гнучкості мислення та розширювала можливості для подальшого розвитку. Подібні результати підкреслюють потребу формування толерантності до невизначеності як чинника, що не лише зменшує стрес, а й сприяє адаптації та зростанню особистості у складних умовах [58].

Люди з низьким рівнем толерантності до невизначеності часто стикаються з підвищеною тривожністю, невпевненістю щодо майбутнього та внутрішніми конфліктами. Вони можуть відчувати страх перед новим, небажання приймати зміни та демонструвати схильність до пошуку простих відповідей. Для забезпечення відчуття безпеки такі особи здебільшого зосереджуються на інформації, яка підтверджує їхні існуючі переконання, ігноруючи альтернативні точки зору або суперечливі факти [39].

Одним із перших дослідників феномену інтолерантності до невизначеності був Freeston. У 1994 році він виділив п'ять компонентів, що

характеризують таких людей: переконаність у неприпустимості невизначеності та прагнення її уникати, впевненість у негативних наслідках невизначеності, дистрес перед непередбачуваними ситуаціями, прагнення контролювати майбутнє та нездатність до активної дії в умовах невизначеності [8]. Дослідники К. Buhr і М. Dugas у 2002 році додали, що інтолерантність до невизначеності включає сприйняття таких ситуацій як джерела інтенсивного стресу, прагнення уникати неоднозначних обставин, сприйняття невизначеності як несправедливості та неможливості діяти у таких умовах [40].

Поведінка людини в стресовій ситуації залежить від того, як вона суб'єктивно сприймає обставини. Первинна реакція включає емоційний відгук на подію, за яким слідує усвідомлення її складності. Далі на передній план виходять переконання особистості щодо власних можливостей впоратися із викликом і передбачення розвитку ситуації. Люди з низькою толерантністю до невизначеності зазвичай вважають, що будь-яка ймовірна подія має високий ризик негативного розвитку, і сумніваються у своїй здатності подолати несподіванки.

Тривога розглядається як когнітивний процес, у якому людина аналізує можливі наслідки подій. Толерантність до невизначеності, своєю чергою, виступає фільтром, через який індивід сприймає оточуючий світ і його події. Розвиток цієї риси допомагає людині справлятися з неоднозначними обставинами та уникати тривалих негативних наслідків дистресу.

Фіксація особистості на подіях минулого, зосередженість на теперішньому чи очікування майбутнього суттєво впливають на процес адаптації після травматичних переживань. Дослідження свідчать, що люди, які страждають на ПТСР, найчастіше фіксуються на негативному досвіді минулого, що супроводжується відчуттям безпорадності у вирішенні проблем теперішнього чи майбутнього. Вони часто відчують труднощі у сприйнятті позитивних моментів як минулого, так і майбутнього. Рівень страждання в таких осіб залишається високим навіть через рік після стресових подій, особливо якщо вони не орієнтуються на теперішнє чи майбутнє. Разом з тим,

фокусування на позитивних аспектах минулого і майбутніх цілях може слугувати ефективним психологічним захистом від розвитку ПТСР [52].

Толерантність до невизначеності у цьому контексті є ресурсом, що дозволяє людині адаптуватися до стресових обставин, знижувати рівень тривоги та ефективно використовувати власний потенціал у подоланні труднощів. Вона формує основу для розвитку гнучкого ставлення до невизначеності, сприяючи психологічній стійкості та забезпечуючи кращу якість життя навіть у несприятливих умовах.

2.2. Дослідження особливостей прояву травмівного досвіду особистості

Д

Л

я

П

р

о

в

е 1. Ресурсоорієнтована модель стресодолання *BASIC Ph*

д Модель *BASIC Ph*, розроблена ізраїльським психологом Мулі Лахадом, е інтегративним підходом до подолання стресу та підвищення стійкості особистості. Назва моделі є акронімом, у якому кожна літера позначає конкретний ресурс, що використовується для адаптації до стресових ситуацій: *Belief* (вірування), *Affect* (емоції), *Social* (соціальна взаємодія), *Imagination* (уява), *Cognition* (когніція) та *Physical* (фізична активність). Модель ґрунтується на ідеї, що кожна людина володіє унікальним набором ресурсів, які допомагають ефективно адаптуватися до несприятливих обставин.

п Основні компоненти моделі *BASIC Ph*

е

р

1. Віра (Belief) включає релігійні, духовні або моральні переконання, які дають змогу знаходити сенс у складних життєвих ситуаціях. Компонент сприяє формуванню впевненості та оптимізму, допомагає людині бачити в житті позитивні аспекти навіть у стресових умовах.
2. Емоції (Affect) передбачають здатність виражати та регулювати свої почуття через сміх, плач, творчу діяльність або комунікацію. Емоційна відкритість сприяє зняттю внутрішнього напруження та підтримує психічну рівновагу.
3. Соціальна підтримка (Social) є основою для взаємодії з іншими людьми, включаючи близьких, друзів, колег. Соціальні зв'язки забезпечують ресурс для подолання стресу завдяки підтримці, співчуттю та відчуттю належності.
4. Уява (Imagination) дозволяє людині знаходити творчі рішення в умовах невизначеності, використовувати мрії, метафори та фантазії для формування конструктивних підходів до вирішення проблем.
5. Когнітивні стратегії (Cognition) охоплюють аналітичне мислення, планування, здатність до оцінки ситуації та прийняття обґрунтованих рішень. Компонент дозволяє зберігати контроль над ситуацією, навіть у складних обставинах.
6. Фізична активність (Physical) включає рухову активність, тілесні практики, дихальні техніки та інші способи турботи про фізичний стан. Залучення фізичних ресурсів сприяє зниженню напруження та покращенню загального самопочуття.

Модель використовується для аналізу стресових реакцій особистості, а також для виявлення домінуючих ресурсів, які допомагають адаптуватися до життєвих викликів. Методика оцінювання базується на заповненні спеціального опитувальника, у якому респондент визначає свій рівень залученості в кожному з шести компонентів. Методика дозволяє зрозуміти, які ресурси є сильними сторонами людини, а які потребують додаткової уваги або розвитку.

BASIC Ph широко застосовується у психологічному консультуванні, зокрема для роботи з людьми, які переживають кризові ситуації або ПТСР. Модель демонструє високу ефективність у роботі з військовими, біженцями, жертвами катастроф та іншими категоріями людей, що зазнали значного стресу.

Використання моделі BASIC Ph дозволяє фахівцям розробляти індивідуальні програми підтримки, орієнтовані на розвиток та активізацію внутрішніх ресурсів клієнта. Наприклад, для людини з високим рівнем соціальної підтримки, але низькою емоційною відкритістю, увага психолога буде зосереджена на розвитку емоційної експресії. Для тих, хто демонструє сильну віру, але слабкі когнітивні навички, акцент робиться на навчанні аналітичного мислення та стратегічного планування.

Модель BASIC Ph була адаптована для роботи з різними віковими та культурними групами у багатьох країнах світу. Вона показала свою ефективність у реабілітації людей, які зазнали травматичних подій, сприяючи не лише подоланню стресу, але й підвищенню їх життєстійкості. Крім того, модель широко використовується у груповій терапії, освітніх програмах та тренінгах для професіоналів, що працюють у кризових умовах.

Переваги BASIC Ph:

- гнучкість і універсальність, що дозволяє адаптувати модель під індивідуальні потреби клієнта;
- комплексний підхід, що враховує різноманітні аспекти людської природи;
- наукова валідність і підтверджена ефективність у різних контекстах, включаючи кризові ситуації.

Таким чином, BASIC Ph є потужним інструментом для аналізу та розвитку адаптаційних ресурсів особистості, що сприяє її стресостійкості та ефективному функціонуванню в умовах життєвих викликів.

2. Методика визначення рівня тривожності (Шкала Дж. Тейлора).

Шкала тривожності Дж. Тейлора, розроблена в 1953 році, є одним із перших інструментів для вимірювання особистісної тривожності. Вона

базується на твердженнях із Міннесотського багатофакторного особистісного опитувальника (MMPI) і призначена для оцінки схильності індивіда до тривожних реакцій у різних життєвих ситуаціях.

Оригінальна версія шкали містить 100 тверджень, з яких 50 є ключовими, а 50 — маскувальними. В адаптованих версіях кількість тверджень може змінюватися. Наприклад, варіант Т. Немчинова складається з 50 пунктів, а версія В. Норагідзе містить 60 пунктів, включаючи 10 пунктів «шкали брехні» для оцінки щирості відповідей респондента.

Респонденту пропонується відповісти на серію тверджень, обираючи між відповідями «Так» або «Ні», залежно від того, наскільки кожне твердження відповідає його власним відчуттям та поведінці. Важливо відповідати швидко та інтуїтивно, не замислюючись над кожним питанням занадто довго. Тестування зазвичай займає від 15 до 30 хвилин.

Після завершення тестування підраховується загальна кількість балів, що відображає рівень тривожності респондента. Вищі показники свідчать про підвищений рівень тривожності, що може вказувати на схильність до соціофобії, агресії, підозрливості або низьку стресостійкість. Низькі показники можуть свідчити про спокійний характер або, в окремих випадках, про недостатню самокритичність.

Шкала тривожності Дж. Тейлора широко використовується в психологічних дослідженнях, клінічній практиці та при професійному відборі. Вона допомагає виявити індивідів із підвищеним рівнем тривожності, що може бути корисним при плануванні психокорекційних заходів або оцінці професійної придатності. Однак методика не призначена для використання з дітьми та потребує врахування культурних особливостей респондентів.

Варто зазначити, що результати тестування можуть бути впливати на щирість відповідей респондента, особливо в ситуаціях, де є мотивація до соціально бажаних відповідей. Для підвищення надійності результатів рекомендується використовувати додаткові методики оцінки тривожності та враховувати контекст, у якому проводиться тестування.

Шкала тривожності Дж. Тейлора є цінним інструментом для оцінки рівня особистісної тривожності. Її простота та ефективність роблять її корисною в різних сферах психологічної практики, однак для отримання повної картини психологічного стану індивіда бажано використовувати її в поєднанні з іншими діагностичними методами.

3. Самооцінка психічного стану: самопочуття, загальна активність, настрої(САН).

Методика САН, розроблена в 1973 році В. А. Доскіним та співавторами, є інструментом для експрес-оцінки поточного психічного стану особистості. Вона дозволяє швидко визначити рівень самопочуття, активності та настрою, що є ключовими показниками функціонального стану людини.

Опитувальник складається з 30 пар антонімічних прикметників, які описують різні аспекти самопочуття, активності та настрою. Кожна пара слів утворює семибальну шкалу, де 0 означає нейтральний стан, а відхилення вліво чи вправо вказують на ступінь вираженості відповідної характеристики. Респонденту пропонується оцінити свій стан, обираючи відповідне значення між полярними характеристиками.

Респондент самостійно заповнює опитувальник, оцінюючи свій поточний стан за кожною з 30 шкал. Важливо, щоб відповіді були інтуїтивними та відображали реальні відчуття на момент тестування. Процедура займає приблизно 10-15 хвилин, що робить її зручною для використання в різних умовах.

Після заповнення опитувальника бали за кожною шкалою перетворюються в діапазон від 1 до 7, де 1 відповідає найнижчій вираженості позитивної характеристики, а 7 — найвищій. Отримані бали групуються за трьома категоріями: самопочуття, активність і настрої. Для кожної категорії обчислюється середній бал, який інтерпретується наступним чином:

- 20-34 бали — низький рівень (відповідає стану меланхоліка);
- 35-49 балів — нижче середнього (флегматик);
- 50-64 бали — середній рівень (сангвінік);
- 65-80 балів — високий рівень (холерик).

Співвідношення між показниками самопочуття, активності та настрою дозволяє оцінити загальний функціональний стан особистості. Наприклад, у відпочилого індивіда ці показники зазвичай збалансовані, тоді як при втомі спостерігається зниження самопочуття та активності порівняно з настроєм.

Методика САН широко використовується в психологічних дослідженнях, клінічній практиці, спортивній психології та інших сферах, де необхідно швидко оцінити психічний стан особистості. Вона є корисною для моніторингу динаміки стану в процесі терапії, тренувань або реабілітації.

Оскільки методика базується на суб'єктивних самооцінках, результати можуть бути впливати на індивідуальні особливості сприйняття та схильність до соціально бажаних відповідей. Тому рекомендується використовувати САН у поєднанні з іншими об'єктивними методами оцінки психічного стану.

Методика САН є ефективним інструментом для швидкої самооцінки самопочуття, активності та настрою. Її простота та зручність дозволяють застосовувати її в різних умовах, надаючи цінну інформацію про поточний психічний стан особистості.

4. Шкала посттравматичного стресового розладу

Шкала PCL-5 є одним із найбільш надійних інструментів для оцінки симптомів ПТСР, відповідно до критеріїв DSM-5. Метод самозвіту широко використовується для діагностики, моніторингу та оцінки стану осіб, які пережили травматичні події. Шкала розроблена як зручний та ефективний інструмент для використання в клінічній практиці та наукових дослідженнях, що дозволяє отримувати валідні й стандартизовані результати.

Шкала PCL-5 складається з 20 питань, що відповідають основним критеріям ПТСР, згідно з DSM-5. Питання поділяються на чотири кластери симптомів:

1. нав'язливі спогади та повторні травматичні переживання;
2. уникнення ситуацій, пов'язаних із травмою;
3. негатив;
4. гіперзбудження.

Кожен пункт шкали оцінюється за п'ятибальною шкалою, де:

- 0 – «зовсім ні»;
- 1 – «трохи»;
- 2 – «помірно»;
- 3 – «відчутно»;
- 4 – «дуже».

Респонденти оцінюють інтенсивність кожного симптому, який вони відчували протягом останнього місяця. Загальна сума балів може варіюватися від 0 до 80.

Заповнення опитувальника є простою процедурою, що займає 5–10 хвилин. Респонденти заповнюють анкету самостійно, надаючи відповіді на запитання про свої почуття та переживання, пов'язані з травматичною подією. Тест не потребує спеціальної підготовки або наявності фахівця під час його проведення.

Загальний бал, отриманий за шкалою PCL-5, свідчить про ступінь вираженості симптомів ПТСР:

- 0–32 бали – відсутність або низький рівень симптомів;
- 33 і більше балів – можлива наявність ПТСР.

Хоча порогове значення може змінюватися залежно від контексту та популяції, рекомендовано проводити додаткове клінічне інтерв'ю для підтвердження діагнозу.

Шкала PCL-5 має низку переваг, які роблять її зручною та ефективною для застосування в дослідженнях і клінічній практиці. Простота використання дозволяє проводити опитування серед респондентів різного віку та культурного походження, що забезпечує широку доступність методики. Висока надійність і валідність, підтверджені численними дослідженнями, гарантують точність отриманих результатів, роблячи шкалу універсальним інструментом для оцінки симптомів ПТСР. Крім того, PCL-5 має широку застосовність, оскільки може використовуватися як у клінічній діяльності, так і в наукових дослідженнях.

Водночас шкала має деякі обмеження. Зокрема, суб'єктивність відповідей респондентів може впливати на точність результатів, що потребує

врахування у процесі аналізу даних. Шкала також є допоміжним інструментом, який не замінює клінічного інтерв'ю і не може використовуватися як єдина основа для діагностики ПТСР.

PCL-5 широко застосовується для скринінгу симптомів посттравматичного стресового розладу, особливо серед ветеранів війни, постраждалих від катастроф та інших травматичних подій. Методика дозволяє ефективно моніторити динаміку стану пацієнтів і оцінювати ефективність терапевтичних втручань. Шкала також використовується для аналізу взаємозв'язків між симптомами ПТСР та іншими психічними розладами, зокрема депресією чи тривожністю.

Шкала PCL-5 є надійним і ефективним інструментом для вивчення симптомів посттравматичного стресового розладу. Завдяки своїй структурованості, вона дозволяє об'єктивно оцінити вплив травматичних подій на психічний стан людини, що сприяє своєчасному наданню необхідної допомоги та покращенню якості життя постраждалих.

2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту

Для проведення констатувального експерименту було визначено основну вибірку респондентів. До дослідження залучено 30 учасників, які є працівниками Старобільської міської військової адміністрації та звертаються за допомогою у зв'язку з переживанням пов'язаними з війною. Вік респондентів становить від 20 до 50 років.

Результати дослідження за методикою BASIC Ph

Таблиця 2.1 демонструє результати оцінювання шести ключових параметрів ресурсорієнтованої моделі стресодолавання (Віра, Афект, Соціальний, Уява, Пізнання, Фізіологія) та загального рівня ресурсорієнтованості респондентів (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Результати дослідження за методикою «BASIC Ph»

№ респондента	Віра (B)	Афект (A)	Соціальний (S)	Уява (I)	Пізнання (C)	Фізіологія (Ph)	Загальний рівень ресурсоорієнтованості
№ 1	3	4	5	2	3	4	21
№ 2	2	3	4	3	4	3	19
№ 3	4	5	5	4	4	5	27
№ 4	3	2	3	2	3	2	15
№ 5	5	4	5	3	4	4	25
№ 6	2	3	4	3	3	3	18
№ 7	3	4	5	4	5	5	26
№ 8	2	2	3	3	3	4	17
№ 9	4	5	4	5	5	5	28
№ 10	3	3	4	4	3	3	20
№ 11	5	4	5	4	5	5	28
№ 12	2	2	3	3	2	3	15
№ 13	3	4	4	3	3	4	21
№ 14	4	5	5	4	4	5	27
№ 15	3	3	4	2	3	3	18
№ 16	5	4	5	4	4	5	27
№ 17	3	3	4	3	3	3	19
№ 18	2	2	3	2	3	3	15
№ 19	5	4	5	4	5	5	28
№ 20	3	3	4	3	4	4	21
№ 21	4	5	5	5	5	5	29
№ 22	2	3	4	3	3	3	18
№ 23	3	4	5	3	3	4	22
№ 24	5	4	5	4	5	5	28
№ 25	3	3	4	3	3	4	20
№ 26	2	2	3	3	3	3	16
№ 27	4	5	5	5	5	5	29
№ 28	3	4	4	3	4	4	22
№ 29	5	4	5	4	5	5	28
№30	4	4	5	4	5	4	26
Середнє	3,37	3,57	4,3	3,4	3,8	4,0	22,4

На основі отриманих даних було визначено розподіл респондентів за рівнями загальної ресурсоорієнтованості (див. рис. 2.1).

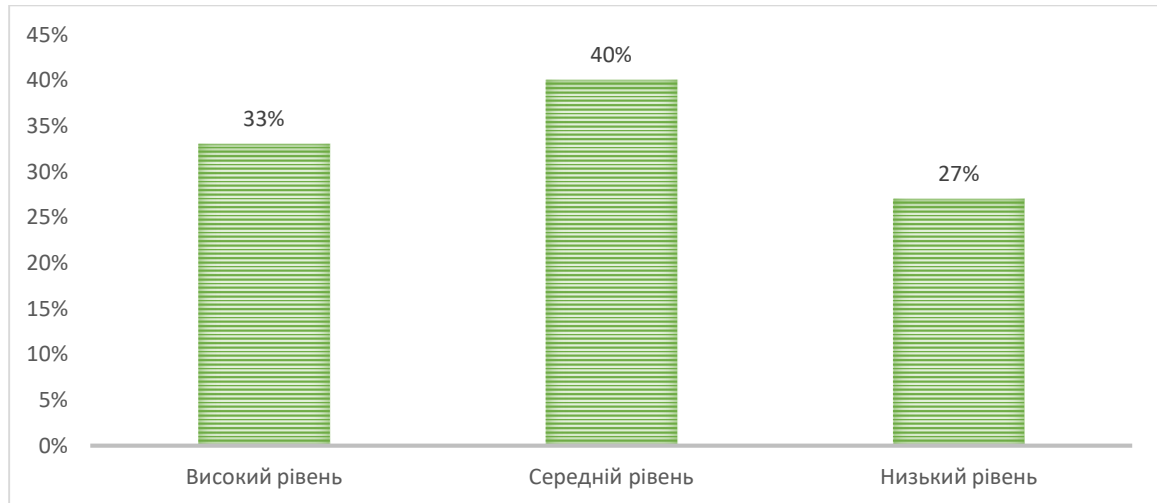


Рис. 2.1. Гістограма розподілу рівнів ресурсорієнтованості респондентів

За результатами дослідження за методикою BASIC Ph було встановлено, що 33% респондентів мають високий рівень ресурсорієнтованості. Результат вказує на їхню здатність ефективно використовувати внутрішні та зовнішні ресурси для подолання стресових ситуацій. Особи з високим рівнем ресурсорієнтованості демонструють стійкість, активність та здатність швидко адаптуватися до змін у житті, а також ефективно залучати підтримку соціального оточення та фізіологічні стратегії.

40% респондентів показали середній рівень ресурсорієнтованості. Показник свідчить про наявність базових навичок адаптації до стресу та використання ресурсів, однак такі особи не завжди повною мірою реалізують свій потенціал. Вони схильні до помірної залежності від зовнішніх умов та соціальних зв'язків, а також можуть потребувати додаткової підтримки для розвитку більш стійких стратегій.

27% респондентів мають низький рівень ресурсорієнтованості. У таких осіб спостерігається недостатня здатність мобілізувати свої ресурси для подолання стресу, що може призводити до труднощів у адаптації. Рівень характеризується обмеженими можливостями компенсувати стресогенні чинники, недостатньою підтримкою соціального середовища та низькою залученістю у процес управління власними емоціями та фізіологічним станом.

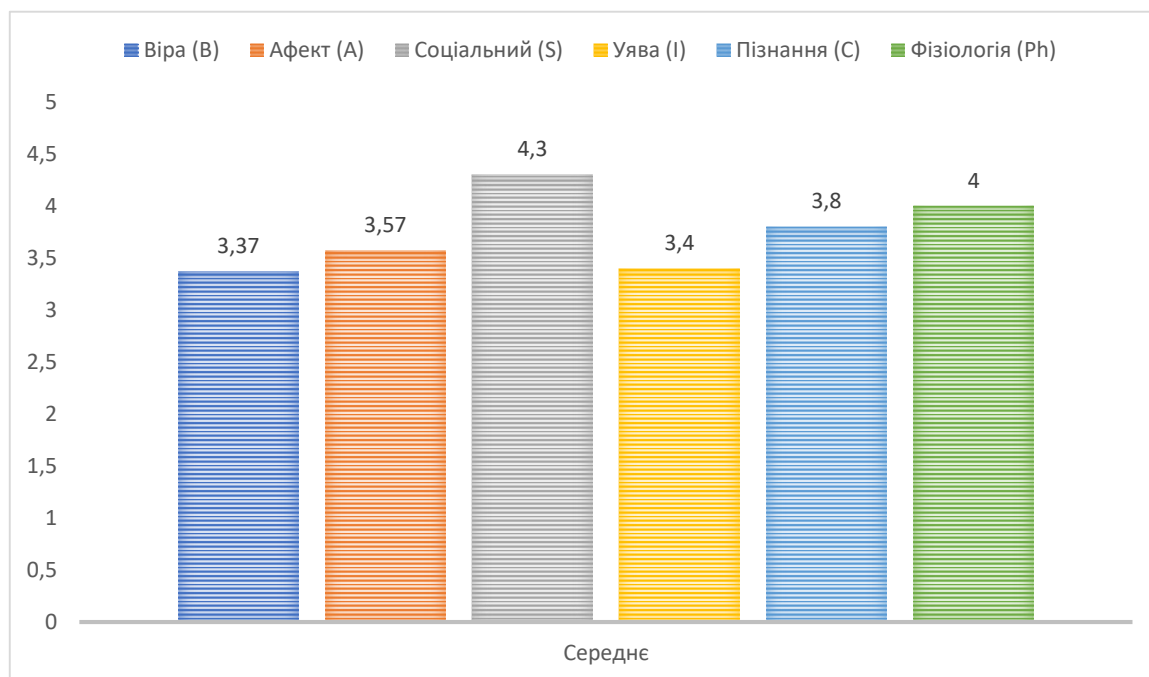


Рис. 2.2. Гістограма середніх показників за шкалами «BASIC Ph»

Середнє значення за шкалою Віра (B) становить 3.37, що свідчить про помірну орієнтацію на внутрішні переконання та духовні цінності як ресурс, здатний забезпечувати психологічну стабільність у складних ситуаціях. Використання цього чинника не є домінуючим, але воно підтримує загальний рівень адаптаційної стійкості особистості.

Шкала Афект (A) демонструє середній результат 3.57, який вказує на ефективне управління емоціями та достатню здатність до їх вираження, що допомагає знижувати внутрішню напругу. Емоційний компонент доповнює інші стратегії подолання стресу, забезпечуючи баланс між психічним розвантаженням і раціональною оцінкою ситуації.

Соціальний (S) компонент отримав найвищий показник серед усіх шкал – 4.30, що підкреслює важливість підтримки оточення у процесі адаптації та подолання труднощів. Висока орієнтація на соціальні стосунки свідчить про те, що взаємодія з близькими виступає провідним ресурсом у структурі адаптивних можливостей особистості.

Середнє значення за шкалою Уява (I) становить 3.40, що вказує на помірне використання творчих підходів та креативних методів для подолання

стресових станів. Розвиток цього ресурсу здатен розширити адаптаційний потенціал особистості, активізуючи внутрішні резерви та сприяючи переключенню уваги.

Шкала Пізнання (С) характеризується середнім значенням 3.80, що демонструє значущість когнітивних стратегій, орієнтованих на логічний аналіз і пошук конструктивних рішень. Використання пізнавальних ресурсів є важливим інструментом для раціонального подолання стресових ситуацій, оскільки воно сприяє виробленню оптимальної лінії поведінки.

Середній показник за шкалою Фізіологія (Ph) дорівнює 4.00, що свідчить про значну роль фізичної активності, турботи про здоров'я та тілесного ресурсу у процесі подолання стресу. Підтримання фізіологічного стану забезпечує загальну стійкість організму до стресових чинників і доповнює інші адаптаційні стратегії.

Загальний аналіз демонструє гармонійний розподіл ресурсів, де соціальна взаємодія, фізіологічна активність та когнітивні стратегії формують основу адаптаційного потенціалу особистості. Посилення духовного та творчого компонентів може стати додатковим резервом для зміцнення стійкості у кризових ситуаціях, що забезпечить більш ефективну адаптацію до стресових умов.

Отримані результати свідчать про наявність значної варіативності рівнів ресурсоорієнтованості серед респондентів.

2. Результати дослідження за методикою визначення рівня тривожності (Шкала Дж. Тейлора)

Отримані дані дослідження рівня тривожності за методикою Дж. Тейлора представлені у табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Результати дослідження за методикою визначення рівня тривожності

№ респондента	Рівень тривожності (бал)	Інтерпретація результатів
№ 1	25	Середній рівень тривожності

Продовж. табл. 2.2

№ 2	35	Високий рівень тривожності
№ 3	15	Низький рівень тривожності
№ 4	28	Середній рівень тривожності
№ 5	40	Високий рівень тривожності
№ 6	20	Низький рівень тривожності
№ 7	38	Високий рівень тривожності
№ 8	22	Низький рівень тривожності
№ 9	30	Середній рівень тривожності
№ 10	33	Високий рівень тривожності
№ 11	18	Низький рівень тривожності
№ 12	26	Середній рівень тривожності
№ 13	37	Високий рівень тривожності
№ 14	21	Низький рівень тривожності
№ 15	29	Середній рівень тривожності
№ 16	40	Високий рівень тривожності
№ 17	19	Низький рівень тривожності
№ 18	27	Середній рівень тривожності
№ 19	36	Високий рівень тривожності
№ 20	24	Низький рівень тривожності
№ 21	32	Високий рівень тривожності
№ 22	23	Низький рівень тривожності
№ 23	31	Середній рівень тривожності
№ 24	39	Високий рівень тривожності
№ 25	20	Низький рівень тривожності
№ 26	34	Високий рівень тривожності
№ 27	28	Середній рівень тривожності
№ 28	17	Низький рівень тривожності
№ 29	30	Середній рівень тривожності
№30	38	Високий рівень тривожності

Графічне відображення розподілу результатів представлено на рис. 2.3.

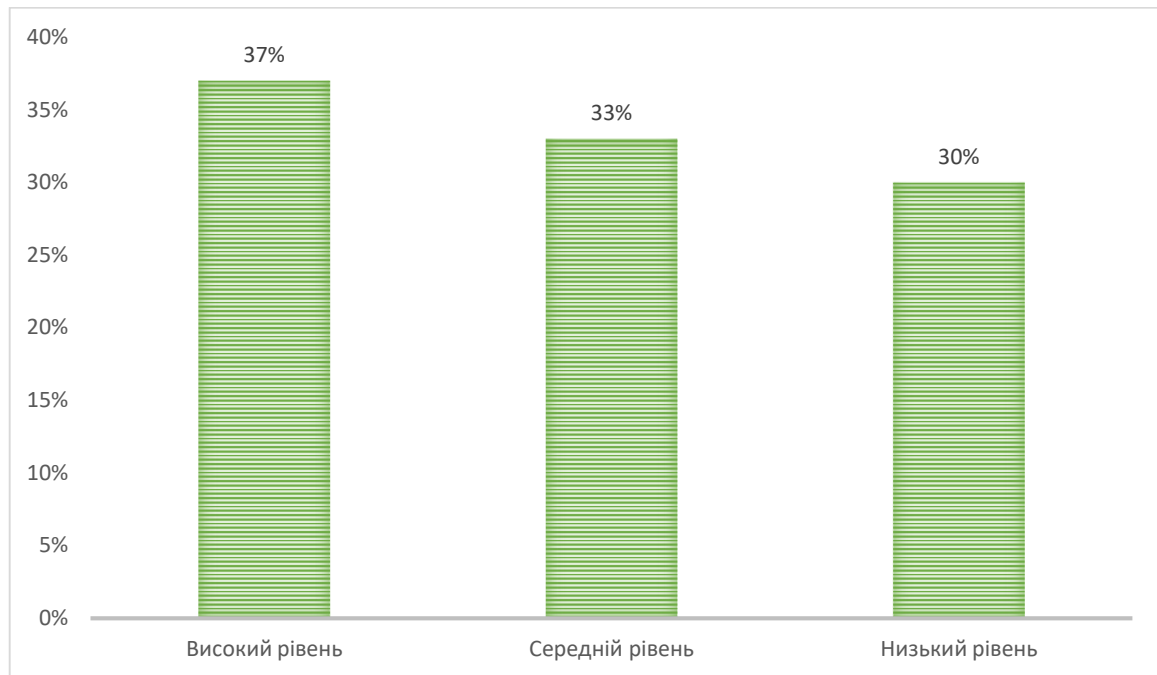


Рис. 2.3. Гістограма розподілу результатів за методикою визначення рівня тривожності (Шкала Дж. Тейлора)

Дослідження рівня тривожності, проведене за методикою Дж. Тейлора, дозволило визначити, що 37% респондентів мають високий рівень тривожності. Результат вказує на надмірне емоційне напруження, яке може проявлятися у вигляді постійних переживань, страху перед майбутнім, а також підвищеної вразливості до стресових ситуацій. Особи з високим рівнем тривожності часто відчують труднощі з контролем своїх емоцій, що впливає на їхню соціальну адаптацію та якість життя.

33% респондентів показали середній рівень тривожності, що свідчить про відносну стабільність їхнього емоційного стану з періодичними проявами тривоги в складних або невизначених ситуаціях. Такі респонденти здатні адаптуватися до звичайних стресових обставин, проте в умовах надмірного стресу можуть проявляти нестійкість у поведінці.

30% респондентів мають низький рівень тривожності. Група демонструє емоційну стійкість, впевненість у собі та здатність раціонально реагувати на стресові фактори. Люди з низьким рівнем тривожності рідко переживають надмірне напруження та краще справляються з життєвими викликами.

За отриманими даними дослідження рівень тривожності у респондентів має різну варіативність, що вказує на необхідність диференційованого підходу у розробці програми зниження тривожності. Така програма може бути спрямована на підвищення стресостійкості та розвитку когнітивно-поведінкових стратегій у групі з високим та середнім рівнем тривожності.

3. Результати дослідження за методикою самооцінки психічного стану: самопочуття, загальна активність, настрій (САН)

Отримані дані дослідження рівня психічного стану за методикою САН представлені нижче (див. табл. 2.3). Дослідження охоплювало три основні показники: самопочуття, загальну активність і настрій, за якими визначався середній рівень психічного стану кожного респондента.

Таблиця 2.3

Результати дослідження за методикою САН

№ респондента	Самопочуття (бал)	Загальна активність (бал)	Настрій (бал)	Середній показник (бал)	Інтерпретація результатів
№ 1	5	6	5	5.33	Середній рівень психічного стану
№ 2	7	8	6	7.00	Високий рівень психічного стану
№ 3	3	4	3	3.33	Низький рівень психічного стану
№ 4	6	7	5	6.00	Середній рівень психічного стану
№ 5	8	9	7	8.00	Високий рівень психічного стану
№ 6	4	5	4	4.33	Низький рівень психічного стану
№ 7	5	6	5	5.33	Середній рівень психічного стану
№ 8	7	8	7	7.33	Високий рівень психічного стану

Продовж. табл. 2.3

№ 9	4	4	3	3.67	Низький рівень психічного стану
№ 10	6	7	6	6.33	Середній рівень психічного стану
№ 11	3	5	4	4.00	Низький рівень психічного стану
№ 12	7	8	6	7.00	Високий рівень психічного стану
№ 13	5	6	5	5.33	Середній рівень психічного стану
№ 14	8	9	7	8.00	Високий рівень психічного стану
№ 15	4	5	4	4.33	Низький рівень психічного стану
№ 16	6	7	6	6.33	Середній рівень психічного стану
№ 17	3	4	3	3.33	Низький рівень психічного стану
№ 18	7	8	7	7.33	Високий рівень психічного стану
№ 19	5	6	5	5.33	Середній рівень психічного стану
№ 20	8	9	8	8.33	Високий рівень психічного стану
№ 21	4	5	4	4.33	Низький рівень психічного стану
№ 22	6	7	6	6.33	Середній рівень психічного стану
№ 23	3	4	3	3.33	Низький рівень психічного стану
№ 24	7	8	7	7.33	Високий рівень психічного стану
№ 25	5	6	5	5.33	Середній рівень психічного стану
№ 26	8	9	8	8.33	Високий рівень психічного стану

Продовж. табл. 2.3

№ 27	4	5	4	4.33	Низький рівень психічного стану
№ 28	6	7	5	6.00	Середній рівень психічного стану
№ 29	3	5	4	4.00	Низький рівень психічного стану
№30	7	8	6	7.00	Високий рівень психічного стану
Середнє	5,47	6,5	5,27		

Графічне відображення розподілу результатів представлено на рис. 2.4.

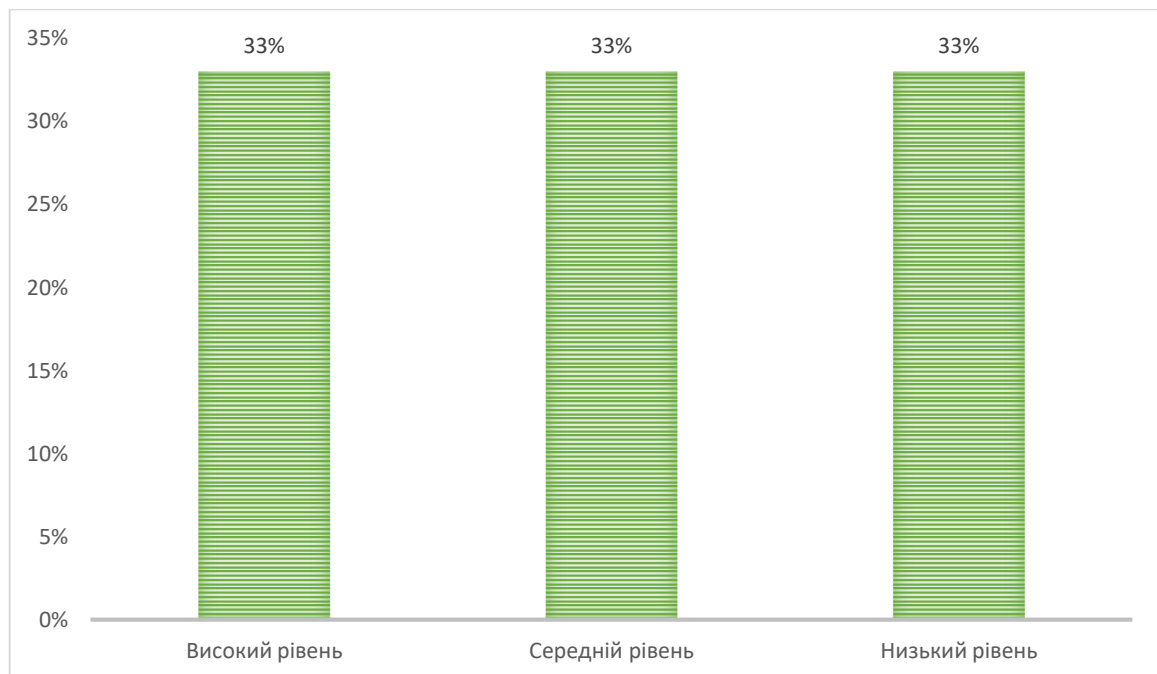


Рис. 2.4. Гістограма розподілу результатів за методикою САН

За результатами дослідження, 33% респондентів мають низький рівень психічного стану, що вказує на недостатню здатність підтримувати позитивний настрій, енергійність і стабільне самопочуття. Такі респонденти демонструють обмежені можливості до саморегуляції в умовах стресу, що може негативно впливати на загальне психічне здоров'я та життєдіяльність.

33% респондентів демонструють середній рівень психічного стану, що свідчить про стабільність емоційного і фізичного стану, однак такі особи все ще можуть бути вразливими до зовнішніх стресових факторів. Респонденти

цього рівня зазвичай здатні зберігати функціональність у звичайних умовах, проте у складних ситуаціях можуть потребувати додаткової психологічної підтримки.

33% респондентів мають високий рівень психічного стану, що вказує на їхню здатність підтримувати позитивний настрій, високий рівень активності та хороше самопочуття. Такі респонденти, ймовірно, володіють розвиненими навичками саморегуляції та здатністю протистояти негативному впливу зовнішніх факторів.

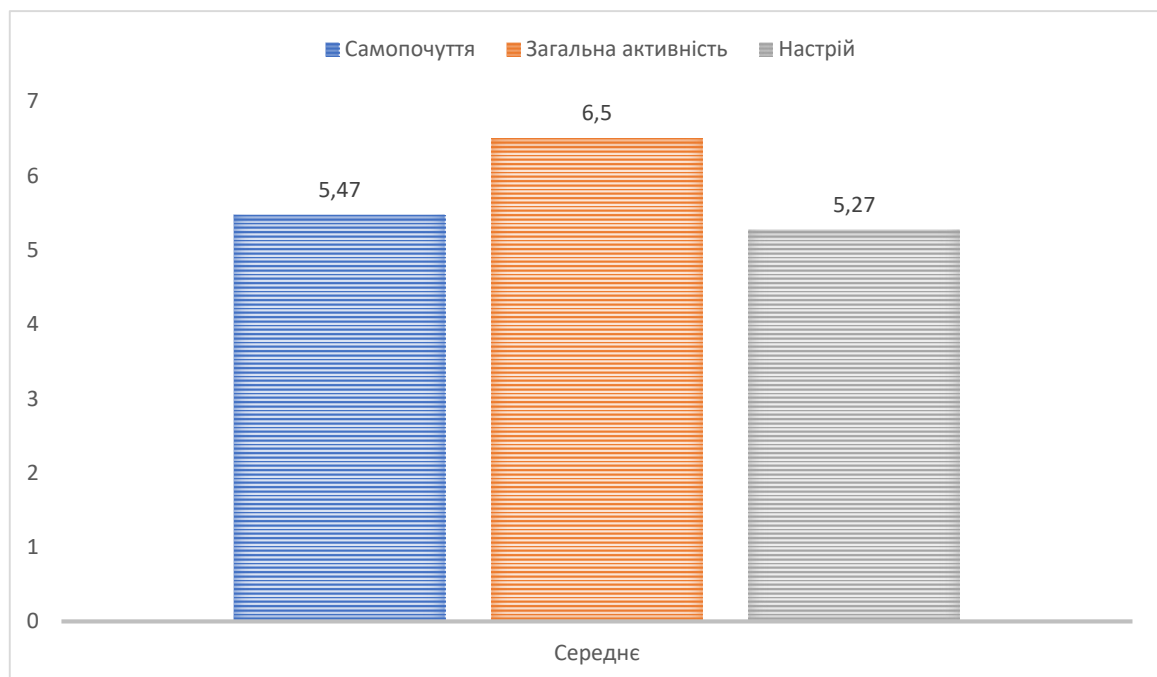


Рис. 2.5. Гістограма середніх показників за шкалами САН

Середній показник за шкалою Самопочуття становить 5.47, що свідчить про задовільний рівень фізичного та психічного стану респондентів. Самопочуття відображає суб'єктивне сприйняття організмом свого функціонування, а помірний результат демонструє відсутність критичних змін у загальному самопочутті групи.

Загальна активність досягла середнього значення 6.50, що вказує на досить високий рівень енергійності та працездатності респондентів. Показник активності відображає ступінь готовності до виконання завдань, рухової

діяльності та інтелектуальної активності, що є важливим для оцінки загального функціонування особистості.

Середнє значення за шкалою Настрій становить 5.27, що характеризує помірно позитивний емоційний стан учасників дослідження. Настрій як показник відображає емоційний фон респондентів та їх загальну задоволеність поточним станом справ. Показник підтверджує, що група демонструє стабільний, але не надто піднесений емоційний стан.

Загальна характеристика стану групи свідчить про баланс між фізичними, енергетичними та емоційними складовими, що є показником адаптованості до поточного режиму діяльності. Відносно високий рівень активності вказує на потенціал до продуктивної роботи та виконання завдань. Показники самопочуття та настрою, що перебувають на середньому рівні, дозволяють рекомендувати програми, спрямовані на покращення емоційного стану та підтримку фізичного тонусу.

Опрацьовані результати засвідчують, що група досліджуваних є різнорівневою за показниками психічного стану, що свідчить про необхідність використання індивідуальних і групових підходів для покращення їхнього психічного здоров'я.

4. Результати дослідження за шкалою посттравматичного стресового розладу (PCL-5)

Отримані дані дослідження рівня симптомів ПТСР у респондентів до впровадження програми представлені у табл. 2.4. Оцінювання проводилося за шкалою PCL-5, яка дозволяє визначити рівень симптомів ПТСР та їх інтенсивність у кожного респондента (див. табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Результати дослідження за шкалою посттравматичного стресового розладу (PCL-5)

№ респондента	Показник симптомів (бал)	Інтерпретація результатів
№ 1	20	Низький рівень симптомів ПТСР

Продовж. табл. 2.4

№ 2	45	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 3	60	Високий рівень симптомів ПТСР
№ 4	35	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 5	25	Низький рівень симптомів ПТСР
№ 6	50	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 7	65	Високий рівень симптомів ПТСР
№ 8	30	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 9	55	Високий рівень симптомів ПТСР
№ 10	40	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 11	15	Низький рівень симптомів ПТСР
№ 12	70	Високий рівень симптомів ПТСР
№ 13	25	Низький рівень симптомів ПТСР
№ 14	50	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 15	60	Високий рівень симптомів ПТСР
№ 16	35	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 17	45	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 18	65	Високий рівень симптомів ПТСР
№ 19	20	Низький рівень симптомів ПТСР
№ 20	50	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 21	70	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 22	30	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 23	15	Низький рівень симптомів ПТСР
№ 24	55	Високий рівень симптомів ПТСР
№ 25	40	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 26	60	Високий рівень симптомів ПТСР
№ 27	20	Низький рівень симптомів ПТСР
№ 28	50	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 29	65	Високий рівень симптомів ПТСР
№30	30	Помірний рівень симптомів ПТСР

Графічне відображення розподілу результатів представлено на рис. 2.6.

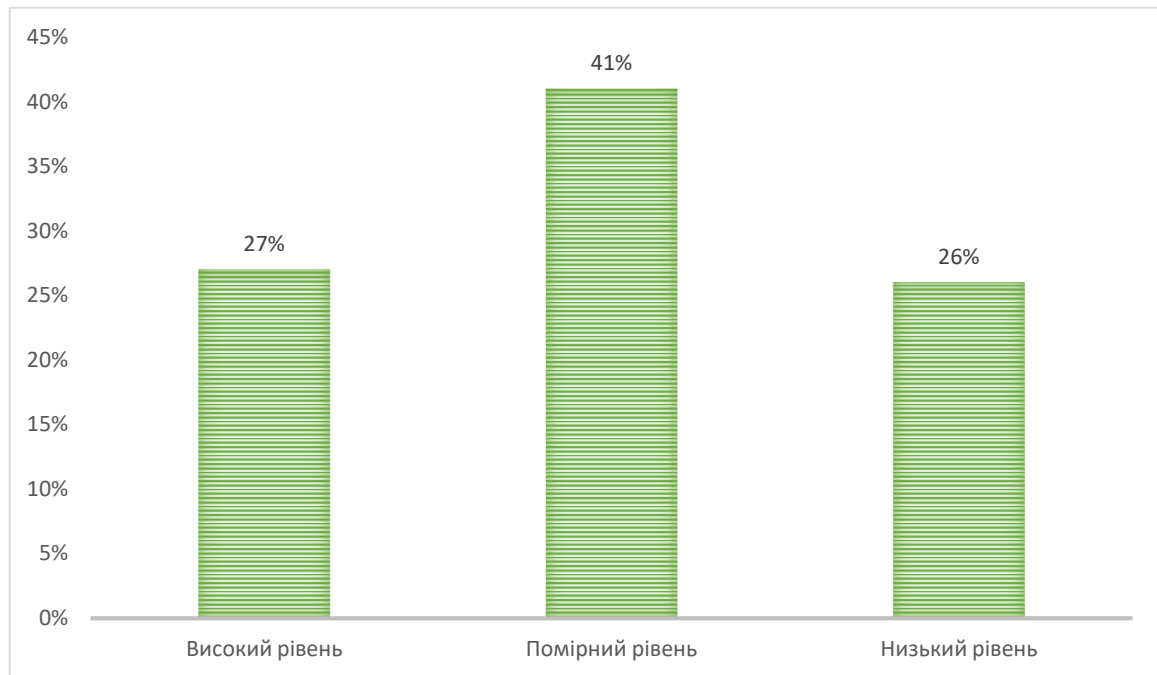


Рис. 2.6. Гістограма розподілу результатів за методикою шкалою посттравматичного стресового розладу (PCL-5)

За результатами дослідження, 27% респондентів мають низький рівень симптомів ПТСР, що свідчить про здатність цих осіб частково впоратися з травматичним досвідом. Вони демонструють відсутність значного впливу травмівних подій на їхній психоемоційний стан, але можуть залишатися вразливими до стресових ситуацій.

49% респондентів виявили помірний рівень симптомів ПТСР, що вказує на наявність у них виражених психологічних труднощів, зумовлених травмівним досвідом. Особи з цими показниками часто стикаються із симптомами, які впливають на їхню здатність ефективно функціонувати в повсякденному житті, але ще не досягають критичного рівня, який би вимагав негайного втручання.

26% респондентів мають високий рівень симптомів ПТСР, що свідчить про суттєві психоемоційні труднощі. У таких осіб травмівний досвід значною мірою впливає на їхній психічний стан, викликаючи інтенсивні симптоми, що можуть включати ретравматизацію, тривожність та депресію. Група потребує комплексної психологічної підтримки та втручання.

Отже, за загальними результатами проведеного дослідження стало відомо, що група досліджуваних респондентів є різнорівневою за показниками психічного стану, що вимагає застосування як індивідуальних, так і групових підходів для покращення їхнього психічного здоров'я. У цілому, група потребує комплексної психологічної підтримки та втручання, що включає як інтервенції для зниження тривожності, так і програми для підвищення стресостійкості та покращення емоційного та фізичного стану.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Травматичні події, що мають високу інтенсивність і тривалість, а також відсутність контролю над ситуацією, часто призводять до серйозних психологічних наслідків. Ключову роль у процесі адаптації відіграють соціальні чинники, зокрема підтримка з боку близьких людей.

На основі вивчених чинників можна зробити висновок, що комплексний підхід до лікування травматичного досвіду, який поєднує розвиток копінг-стратегій, підвищення життєстійкості та толерантності до невизначеності, є найбільш ефективним у контексті подолання психологічних наслідків війни.

Емпіричне дослідження прояву травматичного досвіду особистості було здійснено за допомогою методик, що дозволяють комплексно оцінити ключові психологічні показники, які впливають на адаптацію людини до стресових ситуацій та пережитих травм.

Модель BASIC Ph: Використання цієї ресурсорієнтованої моделі показало важливість внутрішніх ресурсів, таких як віра, емоційна виразність, соціальна підтримка, когнітивні стратегії та фізична активність для стресового подолання та адаптації. Модель дозволяє ідентифікувати сильні та слабкі сторони особистості, визначати ресурси для розвитку і підтримки психологічної стійкості. Це дає змогу фахівцям коригувати терапевтичні стратегії залежно від індивідуальних потреб клієнтів, що є особливо важливим для роботи з людьми, які пережили травматичні події.

Шкала тривожності Дж. Тейлора: Методика виявила, що рівень тривожності особистості має суттєвий вплив на її стресову стійкість. Вищі показники тривожності часто асоціюються з підвищеною чутливістю до стресових ситуацій, що може збільшувати ризик розвитку психічних розладів, зокрема ПТСР. Оцінка тривожності є важливим кроком у визначенні необхідних напрямків психокорекційних заходів.

Методика САН: За допомогою цієї методики було проведено оцінку поточного психічного стану, включаючи самопочуття, активність і настрої респондентів. Результати вказують на важливість суб'єктивного сприйняття

власного стану для розуміння психологічних реакцій на стрес. Динаміка показників САН може слугувати індикатором ефективності терапевтичних втручань та загальної адаптації.

Шкала посттравматичного стресового розладу (PCL-5): Використання шкали дозволило виявити рівень симптомів ПТСР у респондентів, які пережили травматичні події. Методика виявила високий рівень вираженості симптомів у значної частини учасників, що підкреслює необхідність комплексної реабілітації та підтримки постраждалих осіб. PCL-5 є важливим інструментом для моніторингу стану осіб, що пережили стрес, та оцінки ефективності лікування ПТСР.

Загалом, поєднання цих методик дозволило комплексно оцінити травмівний досвід особистості, його вплив на психічний стан і адаптацію до життєвих труднощів. Результати дослідження підтверджують необхідність застосування індивідуального підходу в роботі з людьми, що пережили травму, та надають обґрунтування для використання різних методів корекції психічного стану, зокрема через активізацію ресурсів адаптації та зниження тривожності.

РОЗДІЛ 3. СПРИЯННЯ ПОДОЛАННЮ ТРАВМІВНОГО ДОСВІДУ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1. Програма соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на подолання травмівного досвіду особистості

Корекційна програма, спрямована на подолання травмівного досвіду особистості, базується на результатах проведених досліджень та визначених завданнях. Вона має чітку структуру і складається з етапів, які забезпечують поетапний розвиток необхідних навичок та зменшення негативного впливу травми. Програма розроблена таким чином, щоб учасники могли поступово оволодіти техніками саморегуляції, усвідомленням і трансформацією власних емоцій, а також формуванням нових стратегій поведінки в стресових ситуаціях.

Для реалізації змісту програми застосовуються різноманітні інтерактивні техніки: групові дискусії, психологічні практикуми, мозкові штурми, рольові ігри, заповнення робочих аркушів та рефлексивні завдання. Поєднання індивідуальної та групової роботи створює умови для ефективної саморефлексії, обміну досвідом та закріплення отриманих навичок у практичній діяльності.

Загальна тривалість програми складається з 7 занять, кожне з яких будується на основі трьох структурних блоків. Послідовне поєднання теорії та практики дозволяє учасникам не лише усвідомити вплив травматичного досвіду на їхнє життя, але й отримати дієві інструменти для його подолання.

Цільова група: дорослі (25–50 років), які мають досвід травмівних подій, переживають підвищений рівень стресу та потребують психологічної підтримки.

Тренінг заняття 1. Знайомство та створення безпечного простору

Час проведення: 2 академічних години.

Мета: встановлення довіри, створення безпечного середовища, ознайомлення з програмою.

Завдання:

- створити невимушену атмосферу спілкування;
- налагодити перші стосунки у групі;
- встановити відчуття безпеки та довіри;
- ознайомити учасників з регламентом тренінгової роботи.

Вступна частина (15 хв.)

Презентація учасників

Мета: створення першого контакту у групі.

Інструкція: учасники по черзі називають своє ім'я та діляться одним цікавим фактом про себе (наприклад, улюблене хобі).

Ознайомлення з цілями тренінгової програми та правилами роботи у групі

Мета: розповісти учасникам про цілі програми та основні правила співпраці.

Інструкція: тренер пропонує учасникам разом створити регламент праці, обговорюючи та приймаючи правила групової всім колективом.

Приклади правил:

1. Повага до думок інших.
2. Активна участь у дискусіях та вправах.
3. Конфіденційність всіх особистих розповідей.

Інформаційний блок про створення безпечного простору

Безпечний простір – це середовище, в якому людина відчуває себе захищеною, прийнятою, вільною у вираженні думок та почуттів. Поняття «безпечний простір» охоплює не лише фізичні, а й емоційні, психологічні та соціальні компоненти взаємодії.

Фізична безпека забезпечується комфортним середовищем: зручним приміщенням, відповідним освітленням і температурою, відсутністю загроз для учасників. Емоційна безпека створюється через атмосферу довіри, прийняття, відсутність критики чи осуду. Людина має змогу відкрито

висловлювати свої емоції, не боятися негативної реакції з боку інших. Психологічна підтримка проявляється у взаєморозумінні, повазі до особистих кордонів і готовності учасників надавати один одному підтримку.

Значення безпечного простору.

Безпечний простір є основою для побудови взаємодовіри та ефективної роботи групи. Завдяки йому:

- знижується рівень тривожності та внутрішнього напруження;
- стимулюється відкритість у висловлюваннях та обговореннях;
- підвищується ефективність тренінгових вправ, оскільки учасники можуть зосередитись на власних емоціях та переживаннях;
- формується прийняття себе та інших, що є ключовим у роботі з травматичним досвідом.

Роль ведучого у створенні безпечного простору

Ведучий є гарантом атмосфери безпеки у групі. Його завдання полягає в наступному:

1. Встановлення чітких правил взаємодії (добровільність, уважність, конфіденційність).
2. Підтримка атмосфери поваги та прийняття учасників без осуду чи знецінення.
3. Стимулювання позитивної комунікації через активне слухання та взаємну підтримку.
4. Забезпечення індивідуальної свободи – кожен має право відмовитися від участі у вправах без пояснень.

Взаємозв'язок безпечного простору з психічним станом особистості

Відчуття безпеки є базовою потребою людини (А. Маслоу). Психологічна загроза, навіть незначна, блокує здатність до саморозкриття, формуючи захисні реакції. Безпечний простір дозволяє знизити вплив стресу, створюючи умови для трансформації негативних емоцій у конструктивні дії.

Усвідомлення особистих кордонів, вміння їх встановлювати та захищати є одним із ключових компонентів психологічної стійкості. Формування

безпечного простору сприяє інтеграції отриманого досвіду та створює основу для подальшої роботи над собою.

Як зазначав К. Роджерс, «атмосфера прийняття та розуміння є тим ґрунтом, на якому людина здатна розвиватися та змінюватися». Робота над собою розпочинається із середовища, де кожен може почуватися впевнено та захищено.

Після теорії плавно переходимо до практичних вправ, які були вже заплановані: «Коло довіри» та «Безпечне місце».

Вправа «Коло довіри» (30 хв.) [28]

Мета: пристосування учасників до групової роботи, розвиток взаєморозуміння та формування атмосфери відкритості й довіри.

Метод: структурована групова взаємодія з використанням нейтральних запитань.

Опис. Учасники сідають у коло, створюючи умови для відкритого спілкування та рівноправної взаємодії. Тренер по черзі ставить нейтральні запитання, на які учасники відповідають добровільно. Запитання орієнтовані на особисті асоціації, позитивні спогади та спокійні теми, що сприяє зниженню емоційного напруження й формуванню почуття безпеки.

Приклади запитань:

1. Що для вас означає безпека?
2. Яке місце у вашому житті викликає відчуття спокою?
3. Яка музика або заняття допомагає вам розслабитися?
4. Чи є у вас особистий ритуал для відновлення енергії?

Обговорення. Після завершення відповідей учасники діляться своїми враженнями:

1. Як вплинула вправа на ваш настрій?
2. Чи було легко відповідати на запитання?
3. Що нового вдалося дізнатися про інших учасників групи?

Коментар. Підтримка є невід'ємною складовою психологічного благополуччя. Людина, яка має надійне коло підтримки, краще справляється зі стресом та травматичними подіями. Важливо розуміти, що підтримка може

бути як емоційною, так і практичною. Наявність навіть однієї людини, якій можна довіритися, створює відчуття захищеності та розуміння. Під час кризи ізолюваність і самотність часто загострюють відчуття безпорадності, тому важливо навчитися визначати людей, готових надати допомогу.

Необхідно також враховувати, що підтримка є взаємним процесом. Допомагаючи іншим, ми відчуваємо власну значущість і здатність впливати на позитивні зміни. Уміння просити про підтримку, без почуття сорому чи страху, — це показник емоційної зрілості. Коли ми ділимося переживаннями, напруга зменшується, і з'являється можливість побачити ситуацію з іншого боку.

Під час вправи «Коло підтримки» учасники не лише ідентифікують своїх «помічників», але й усвідомлюють важливість відкритої комунікації. Вміння приймати підтримку є таким самим важливим, як і здатність її надавати. Готовність ділитися своїм станом і визнавати свої потреби дозволяє зміцнити зв'язки та створити простір взаємодопомоги.

Тренер наголошує на важливості активного слухання та підтримки один одного в межах групи. Учасники вчаться приймати й поважати особисті кордони інших, що є важливим кроком до створення безпечного простору.

Вправа «Безпечне місце» (30 хв.) [28]

Мета: формування внутрішнього відчуття безпеки, зниження рівня тривожності, розвиток навичок саморегуляції через візуалізацію.

Метод: індивідуальна робота з елементами візуалізації та подальшим обговоренням.

Опис

Тренер просить учасників зручно сісти, закрити очі та максимально розслабитися. Голос тренера м'яко веде учасників через вправу візуалізації, створюючи образ місця, що символізує для них абсолютний спокій та безпеку.

Інструкція тренера:

1. «Зробіть кілька глибоких вдихів та видихів. Уявіть місце, де вам комфортно, спокійно й безпечно. Це може бути реальне місце з вашого

життя або уявний простір. Можливо, це кімната, природа, затишний куточок чи навіть фантазійний світ».

2. «Детально уявіть це місце: його кольори, запахи, звуки. Що вас оточує? Що ви відчуваєте тілесно, коли перебуваєте у цьому місці? Постарайтеся запам'ятати ці відчуття».
3. «Уявіть, що можете повернутися до цього місця щоразу, коли вам потрібен спокій або підтримка. Воно завжди доступне вам».

Ресурси: килимки або стільці для комфортного положення, за бажанням – фонове спокійне звучання (природні звуки чи спокійна музика).

Обговорення

Після завершення вправи учасники відкривають очі та, за бажанням, діляться своїми враженнями:

1. Що символізувало для вас «безпечне місце»?
2. Які відчуття виникли під час перебування у цьому місці?
3. Чи допомогла вправа знизити напругу та тривогу?
4. Як можна використовувати образ «безпечного місця» у повсякденному житті?

Коментар. Вправа «Безпечне місце» є ефективним інструментом для саморегуляції емоційного стану. Візуалізація внутрішнього простору спокою та безпеки допомагає учасникам створити ресурсний образ, до якого можна повертатися у стресових ситуаціях. Регулярна практика зміцнює психологічну стійкість, знижує рівень тривоги й підтримує емоційний баланс.

Тренер підкреслює, що кожна людина здатна створити для себе внутрішній острів спокою, незалежний від зовнішніх обставин. Образ «безпечного місця» стає ресурсом, який можна використовувати для стабілізації емоційного стану у складні моменти життя.

Підсумки та завдання

На завершення тренінгового заняття тренер узагальнює ключові моменти:

1. Створення безпечного середовища є основою для подальшої ефективної роботи групи.

2. Вправа «Коло довіри» допомогла учасникам краще пізнати одне одного та заклала фундамент для взаємної довіри.
3. Вправа «Безпечне місце» надала інструмент для саморегуляції та створення внутрішнього ресурсу спокою, який можна використовувати у стресових ситуаціях.

Рефлексія. Тренер пропонує кожному учаснику коротко поділитися своїми враженнями від заняття, відповівши на запитання:

1. Що для вас стало найціннішим у сьогоднішньому тренінгу?
2. Які почуття та емоції виникли під час вправ?
3. Що можете взяти з собою у повсякденне життя?

Домашнє завдання

1. Протягом тижня щоденно приділяти 5-10 хвилин візуалізації «безпечного місця», спостерігаючи за своїм станом до і після практики.
2. Вести щоденник емоцій: записувати щоденні емоційні стани, їхні причини та спостерігати, які чинники допомагають відновлювати спокій і рівновагу.

Побажання від тренера

«Пам'ятайте, що внутрішня безпека – це ваш ресурс, до якого можна звернутися у будь-який момент. Продовжуйте практикувати навички, які ми сьогодні розвинули, та спостерігайте за позитивними змінами у своєму житті».

Тренінг заняття 2. Усвідомлення впливу травми на тіло та емоції

Час проведення: 2 академічних години.

Мета: усвідомлення фізичних і емоційних реакцій на травму, навчання навичок саморегуляції для зняття напруги.

Травма – це емоційна та фізіологічна реакція людини на подію, що перевищує її здатність до адаптації та опанування. Травмівний досвід залишає відбиток не лише на психіці, а й на тілі, оскільки емоції, що виникають під час стресу, мають пряму фізичну реалізацію.

Психологічна травма часто виявляється через тілесні симптоми. Американський психіатр Бессел ван дер Колк стверджував, що «тіло пам'ятає»

травму. Незавершені емоційні реакції накопичуються у тілі як напруга, біль або блоки, що заважають енергетичному та фізіологічному балансу.

Фізичні реакції на травму:

- м'язова напруга: емоції, такі як страх або гнів, можуть спричинити затиснення у певних групах м'язів (шия, спина, плечі).
- порушення дихання: стрес призводить до поверхневого або нерегулярного дихання, що знижує рівень кисню і підсилює тривогу.
- соматичні симптоми: головний біль, втому, проблеми зі сном, серцебиття тощо.

Емоції тісно пов'язані з тілесними реакціями. Тривога, страх чи гнів активують симпатичну нервову систему (реакція «бий або біжи»). У той час як розслаблення відбувається при активації парасимпатичної нервової системи.

Невиражені емоції або переживання можуть призводити до хронічного стресу, що проявляється у тілесних симптомах. Усвідомлення та робота з власними тілесними відчуттями допомагає гармонізувати емоційний стан.

Розминка «Сканування тіла» (15 хв.) [28]

Мета: підвищення усвідомлення фізичних відчуттів та виявлення місць напруги в тілі.

Інструкція:

1. Учасники сідають або лягають у зручній позі, закривають очі.
2. Тренер спокійним голосом інструктує:
 - зосередьте увагу на своєму диханні. Відчуйте, як повітря наповнює легені та виходить назовні.
 - поступово пройдіть увагою від верхівки голови до кінчиків пальців ніг:
 1. Що ви відчуваєте у голові, шиї, плечах?
 2. Чи є напруга у грудній клітці, животі, спині?
 3. Що відчують руки та ноги?
3. Важливо не намагатися змінити відчуття, а лише помічати їх і фіксувати.

Обговорення:

1. Що ви помітили у своєму тілі?

2. Які частини тіла відчували найбільше напруги або дискомфорту?
3. Чи змогли ви розслабити певні ділянки?

Коментар. Техніка сканування тіла є інструментом для виявлення зон напруги, які часто виникають у відповідь на травматичний досвід. Практикуючи регулярне сканування, можна краще усвідомлювати зв'язок між тілом і емоціями та поступово відновлювати баланс.

Вправа «Карта емоцій» (30 хв.) [39]

Мета: візуалізація тілесних реакцій на емоційні переживання, розуміння зв'язку між емоціями та тілом.

Ресурси: Аркуші паперу (формат А3), кольорові олівці, фломастери.

Опис:

1. Тренер просить учасників намалювати контур тіла на аркуші паперу.
2. Завдання: за допомогою кольорів або позначок відобразити місця у тілі, де учасники відчують напругу, біль, холод або інші відчуття, що виникають у стресових ситуаціях.
3. Після завершення малюнка учасники можуть дописати короткі емоції чи слова, які асоціюються з цими відчуттями (наприклад, «тривога», «страх», «гнів», «сум»).

Обговорення:

1. Що ви помітили під час вправи?
2. Які частини тіла пов'язані з найбільш інтенсивними емоціями?
3. Чи зрозуміли ви, як емоції впливають на ваше тіло?

Коментар. Тіло часто «запам'ятовує» емоційний біль та травми у вигляді напруги. Карта емоцій допомагає усвідомити цей зв'язок, що є першим кроком до його опрацювання.

Дихання є ключовим механізмом саморегуляції. У стресовому стані дихання стає поверхневим, що підсилює напругу. Глибоке діафрагмальне дихання:

- активує парасимпатичну нервову систему;
- знижує рівень кортизолу (гормону стресу);
- сприяє розслабленню м'язів та стабілізації емоційного стану.

Поєднання роботи з тілом та емоціями дозволяє ефективно подолати наслідки травматичного досвіду. Тіло не бреше: воно сигналізує про приховані переживання, які важливо усвідомити

Вправа «Дихання як ресурс» (30 хв.) [39]

Мета: опановування техніки діафрагмального дихання для зниження стресу та напруги.

Інструкція:

1. Учасники сідають у зручному положенні. Тренер пояснює техніку:
 - Покладіть одну руку на грудну клітку, іншу – на живіт.
 - Вдихайте глибоко через ніс так, щоб живіт повільно наповнювався повітрям (рука на животі піднімається, а на грудях залишається майже нерухомою).
 - Повільно видихайте через рот, зосереджуючись на повному видиху.
 - Повторіть цикл дихання 8-10 разів.
2. Після вправи учасники діляться відчуттями:
 1. Як змінився ваш стан під час дихання?
 2. Які зміни відчули в тілі?

Коментар. Діафрагмальне дихання – це ефективний метод, який активізує парасимпатичну нервову систему, сприяючи розслабленню та зменшенню тривожності. Регулярне застосування цієї техніки допомагає контролювати стресові реакції у повсякденному житті.

Підсумки та завдання (15 хв.)

Травма впливає не лише на емоційний стан, але й на тіло. Усвідомлення цього зв'язку дозволяє поступово знижувати напругу та відновлювати внутрішню рівновагу.

Рефлексія:

1. Що ви відкрили для себе під час сьогоднішнього заняття?
2. Які техніки здаються вам найбільш корисними?

Домашнє завдання:

1. Щоденно практикувати діафрагмальне дихання (5 хвилин вранці та ввечері).

2. Вести спостереження за тілом: відзначати, у яких ситуаціях з'являється напруга та які ділянки тіла реагують найбільше.

Побажання від тренера: «Пам'ятайте, тіло завжди говорить з нами, і важливо навчитися його слухати. Дихання – це ваш надійний ресурс для спокою та відновлення».

Тренінг заняття 3. Робота з емоціями та саморегуляція

Час проведення: 2 академічних години.

Мета: Навчання усвідомлення, управління та трансформації негативних емоцій.

Емоція (від лат. *emovere* – хвилювати, збуджувати) – це короткочасна психічна реакція на зовнішні чи внутрішні подразники, що відображає ставлення людини до ситуації. Емоції є основою психічної діяльності та безпосередньо пов'язані із задоволенням або незадоволенням важливих потреб. Вони проявляються у тілесних реакціях (прискорене дихання, напруга м'язів), поведінкових діях та внутрішньому стані людини.

Емоційний стан впливає на:

- фізіологію тіла: надлишкова тривога чи гнів призводять до напруги м'язів, головного болю, проблем зі сном.
- поведінку: емоції визначають наші дії – від уникнення небезпеки до пошуку підтримки.
- психічний стан: невідреаговані емоції накопичуються, створюючи відчуття виснаження чи внутрішньої напруги.

Саморегуляція – це здатність свідомо керувати власними емоційними реакціями у стресових ситуаціях. Саморегуляція включає усвідомлення емоцій, розуміння їх причин та застосування технік для зняття напруги. Важливо пам'ятати, що емоції самі по собі не є «поганими» чи «хорошими». Вони виконують необхідні для людини функції:

- сигнальну: повідомляють про стан речей навколо.
- адаптивну: готують тіло до дій (наприклад, страх мобілізує організм для втечі).
- комунікативну: демонструють іншим наше ставлення.

Розминка «Назви свою емоцію» (15 хв.) [43]

Мета: розпізнавання поточного емоційного стану, створення атмосфери відкритості та прийняття.

Опис. Учасники по черзі називають свій емоційний стан, використовуючи одне слово чи фразу, що найточніше відображає їхній стан на цей момент. Тренер заохочує висловлювати емоції вільно, без осуду. Приклади назв емоцій: спокій, втома, радість, тривога, цікавість. За бажанням учасник може додати коротке пояснення свого стану.

Обговорення:

1. Чи легко було визначити емоцію?
2. Що допомагає краще усвідомлювати свої почуття?

Коментар. Усвідомлення емоцій є першим кроком до управління ними. Називаючи свої емоції, учасники встановлюють зв'язок зі своїм внутрішнім станом, що є основою саморегуляції.

Психолог Д. Голман виділяє емоційну компетентність як ключову навичку саморегуляції. Компетентна людина, на його думку:

- усвідомлює свої емоції та називає їх.
- знає, як знизити інтенсивність негативних переживань.
- уміє підтримувати стабільний емоційний стан завдяки практикам самоконтролю та релаксації.

Тіло і емоції взаємодіють тісно. У разі емоційної травми чи стресу тіло відображає цей стан через фізичну напругу, болі та блоки. Наприклад, гнів часто локалізується у м'язах плечей та щелепи, страх – у діафрагмі, а смуток може проявлятися відчуттям важкості у грудях.

Техніки саморегуляції, такі як заземлення, діафрагмальне дихання та усвідомлення емоцій допомагають стабілізувати психоемоційний стан. Завдяки регулярній практиці:

- зменшується рівень напруги та стресу.
- підвищується здатність реагувати конструктивно на складні ситуації.
- з'являється відчуття контролю та впевненості у собі.

Американський психолог Д. Ліллі підкреслював важливість збереження внутрішнього балансу: навіть у вирі подій кожна людина може залишатися у центрі свого емоційного «циклону», зберігаючи спокій та самоконтроль.

Вправа «Техніка трьох кроків» (30 хв.) [43]

Мета: виявлення, усвідомлення та трансформація негативних емоцій у конструктивний ресурс.

Опис. Техніка складається з трьох послідовних кроків:

1. **Виявлення емоції:** учасник називає негативну емоцію, яку нещодавно відчував або відчуває зараз (наприклад: гнів, тривога, сум).
2. **Усвідомлення причин:** тренер ставить питання:
 1. Що саме викликало цю емоцію?
 2. Які думки чи ситуації пов'язані з нею?
 3. Як ця емоція проявляється у тілі?
3. **Трансформація через позитивне твердження:** учасник формулює позитивну фразу, яка допоможе переосмислити ситуацію (наприклад: «Я можу впоратися з цією ситуацією», «Мій спокій сильніший за мої страхи»).

Приклад:

- емоція: тривога.
- причина: невпевненість перед новим викликом на роботі.
- трансформація: «Я підготуюся і зроблю все, що в моїх силах».

Обговорення:

1. Який крок був найскладнішим?
2. Чи допомогло переформулювання змінити ставлення до ситуації?

Коментар. Емоції є природною реакцією на події та ситуації, але їхня неконтрольована інтенсивність часто стає перешкодою для адекватного функціонування. Негативні емоції, такі як тривога, гнів чи сум, не лише впливають на настрій, але й запускають фізіологічні реакції організму: підвищується частота серцебиття, напружуються м'язи, змінюється ритм дихання. Поступове усвідомлення цих реакцій дозволяє зрозуміти, як емоції впливають на тіло, і наблизитися до їхнього регулювання.

Техніка трьох кроків є ефективним інструментом для роботи з емоціями, оскільки вона послідовно спрямовує увагу від самої емоції до її причини, а потім до конкретного способу трансформації. Виявлення емоції є першим важливим кроком, оскільки саме визнання того, що відчуваєш, знижує інтенсивність переживання. Люди часто ігнорують свої емоції або витісняють їх, що призводить до накопичення напруги. Усвідомлення причини допомагає знайти зв'язок між внутрішнім станом і зовнішніми обставинами. Тільки розуміючи, що викликало негативну емоцію, можна почати працювати над її зміною.

Третій крок – трансформація – спрямований на свідоме переосмислення ситуації через позитивні твердження. Це не означає заперечення проблеми чи емоції, а створює нову перспективу її сприйняття. Позитивні твердження, сформульовані учасниками, повинні бути конкретними, конструктивними і відповідати реальним можливостям. Наприклад, замість загальної фрази «Все буде добре», більш ефективною є конкретна установка: «Я можу підготуватися до цієї зустрічі й виконати свою частину завдання». Трансформація емоції не лише заспокоює психіку, але й підвищує впевненість у власних силах.

Людина, яка відчуває тривогу перед публічним виступом, може усвідомити, що причина її емоції – страх зробити помилку або бути незрозумілою. Замість того, щоб зациклюватися на цьому страху, вона може сказати собі: «Я підготувався до виступу і маю право на власний стиль подачі інформації». Така трансформація дозволяє зменшити тривожність і сфокусуватися на конкретних діях.

Постійне застосування **техніки трьох кроків** поступово створює нові нейронні зв'язки в мозку. За даними досліджень когнітивно-поведінкової терапії, заміна негативних думок конструктивними установками допомагає зменшити рівень стресу та підвищити стресостійкість. Навичка працювати з власними емоціями є важливою умовою психологічного благополуччя та адаптивності у складних життєвих ситуаціях.

Практика «Техніка заземлення» (30 хв.) [39]

Мета: навчання стабілізації емоційного стану через повернення до «тут і зараз».

Опис. Техніка заземлення допомагає переключити увагу зі стресових думок на теперішній момент, використовуючи сенсорні відчуття.

1. Інструкція:

- Станьте прямо, ноги на ширині плечей.
- Зосередьтеся на відчуттях своїх стоп, ніби вони глибоко «врастають» у землю, забезпечуючи стабільність та опору.
- Зробіть кілька глибоких вдихів та видихів, відчуваючи, як напруга поступово «йде» вниз через ноги.

2. Доповнення – метод 5-4-3-2-1. Учасники фокусуються на своїх сенсорних відчуттях у теперішньому моменті:

- Назвати **5 речей**, які бачите навколо себе.
- Назвати **4 речі**, які можете відчути на дотик (одяг, стіл, підлога).
- Назвати **3 звуки**, які чуєте.
- Назвати **2 запахи**, які відчуваєте (або можете уявити).
- Назвати **1 смак**, який є зараз у роті.

Обговорення:

1. Які відчуття виникли після вправи?
2. Як техніка може допомогти у стресових ситуаціях?

Коментар. Заземлення дозволяє «витягнути» людину зі стану тривоги або перевантаження та допомагає повернутися до реальності. Виконання техніки регулярно підвищує стійкість до стресу.

Підсумки та завдання (15 хв.)

Мета: Закріплення навичок та інтеграція їх у повсякденне життя.

Опис. Учасники діляться відчуттями від тренінгу. Обговорюються конкретні ситуації, де техніки саморегуляції можуть бути корисними.

Домашнє завдання:

1. Щоденно використовувати техніку заземлення або техніку трьох кроків у стресових ситуаціях.
2. Вести короткий щоденник:

- Які емоції були найсильнішими протягом дня?
- Що допомогло їх стабілізувати?

Тренінг заняття 4. Робота з травмівними спогадами

Час проведення: 2 академічних години.

Мета: поступове опрацювання травмівних переживань через безпечний і структурований підхід, формування навичок управління своїми емоціями під час контакту з болючими спогадами.

Вступна частина (10 хв.)

Травмівні спогади є природною частиною психічного досвіду, але їхня інтенсивність і неконтрольоване повернення можуть порушувати життєву рівновагу. Опрацювання таких спогадів вимагає поступового, дозованого підходу. Дозвіл собі контактувати з ними в безпечному середовищі дозволяє зменшити їхню емоційну вагу та повернути відчуття контролю над власним життям. Тренер наголошує на важливості прислухання до себе та збереження внутрішнього ресурсу під час вправ.

Вправа «Контейнеризація спогадів» (30 хв.) [39]

Мета: створення образу безпечного простору для зберігання травмівних спогадів, щоб мінімізувати їхній вплив на емоційний стан.

Інструкція. Учасникам пропонується уявити спеціальний контейнер – унікальний і надійний простір для зберігання складних спогадів. Тренер пояснює, що цей образ може бути будь-яким: скринька, сейф, валіза чи навіть уявна кімната з дверима. Важливо, щоб цей контейнер був міцним і безпечним, таким, що можна зачинити у будь-який момент.

Покрокове виконання:

1. Закрийте очі та зробіть кілька глибоких вдихів і видихів. Уявіть, як ви створюєте свій власний «контейнер». Зверніть увагу на його форму, колір, текстуру та місце, де він знаходиться.
2. Визначте, які спогади хочете тимчасово «помістити» у цей контейнер. Це можуть бути фрагменти образів, слів чи почуттів.

3. Уявіть, як ви обережно складаєте ці спогади всередину контейнера, закриваєте його й відчуваєте, що вони перебувають у надійному місці, де не можуть завдати вам шкоди.

Обговорення. Після завершення вправи учасники діляться своїми відчуттями. Як виглядав їхній контейнер? Чи вдалося відчути полегшення? Як змінився емоційний стан після «складання» спогадів?

Коментар. Психіка людини має обмежену здатність обробляти травмівні спогади в момент їхнього виникнення. Травмівний досвід часто є настільки інтенсивним, що виникає захисна реакція у вигляді уникнення або «заморожування» емоцій. Спогади, які не знайшли виходу, можуть впливати на повсякденне життя, викликаючи тривогу, страхи або раптові емоційні реакції.

Контейнеризація спогадів є одним із прийомів стабілізації, що дозволяє «відкласти» важкі переживання на певний час і зберегти контроль над емоційним станом. Уявний «контейнер» символізує безпечне місце для зберігання спогадів, до яких можна повернутися пізніше, у більш спокійному стані та під керівництвом фахівця. Процес контейнеризації допомагає людині знизити інтенсивність тривоги, відчуття хаосу та безсилля, що часто супроводжують травму.

Важливо підкреслити, що цей метод не означає ігнорування чи «втечі» від травми. Навпаки, він надає простір для усвідомленої та поступової роботи над травматичними переживаннями, не перевантажуючи психіку. Практика контейнеризації є кроком до прийняття власного досвіду, формування відчуття контролю й відновлення емоційної стабільності.

Вправа «Переписування історії» (40 хв.) [43]

Мета: трансформація травмівного досвіду через усвідомлене переосмислення та письмо.

Інструкція. Учасникам пропонується письмово викласти свій травматичний досвід у формі короткої історії. Тренер пояснює, що основна увага зосереджена на зміні погляду на подію та переосмисленні її значення.

Покрокове виконання:

1. Візьміть аркуш паперу та ручку. Опишіть подію, яка вас турбує, у найбільш безпечний для себе спосіб, уникаючи надмірних деталей.
2. Після написання зробіть паузу. Уявіть, як ви можете додати в історію нові деталі чи значення, які зменшать її емоційний вплив. Це може бути розуміння того, що ви подолали ситуацію, стали сильнішими або змінили своє ставлення до неї.
3. Перепишіть історію, фокусуючись на своїй силі, досвіді та тих ресурсах, які допомогли вам пережити подію.

Обговорення. Учасники за бажанням діляться відчуттями після письмової практики. Що нового вони помітили про себе чи подію? Як змінилося їхнє сприйняття травматичного досвіду?

Завершення (10 хв.)

Підсумовуючи заняття, тренер нагадує учасникам про важливість самотурботи та поступового підходу до роботи зі спогадами. Техніка «контейнеризації» дозволяє забезпечити відчуття безпеки, а «переписування історії» допомагає побачити нові перспективи. Учасники дають короткий зворотний зв'язок: що було найкориснішим і які інсайти вони отримали.

Завдання на тиждень: у разі виникнення неприємних спогадів використовувати техніку «контейнеризації». За можливості переписувати свої думки про ці події, надаючи їм новий, більш конструктивний зміст.

Тренінг заняття 5. Розвиток стресостійкості

Час проведення: 2 академічних години.

Мета: формування стратегій адаптації до стресових ситуацій шляхом усвідомлення факторів стресу, активації внутрішніх і зовнішніх ресурсів, а також створення особистого набору ефективних технік подолання стресу.

Стрес є природною реакцією організму на надмірне фізичне або психічне навантаження. Він виникає як відповідь на зовнішні або внутрішні подразники, які вимагають мобілізації сил для адаптації до нових умов. Канадський фізіолог Ганс Сельє, досліджуючи стресові стани, сформулював теорію загального адаптаційного синдрому, де виокремив три основні стадії стресової реакції.

Стадія тривоги характеризується миттєвою мобілізацією всіх систем організму для реагування на подразник. Відбувається активізація симпатичної нервової системи, що стимулює викид гормонів стресу, зокрема адреналіну та кортизолу. Частішає серцебиття, посилюється м'язовий тонус, пришвидшується дихання. Наприклад, людина, що несподівано зіткнулася з небезпекою, відчуває прилив сил і діє за інстинктом: біжить, уникає або атакує загрозу. Ця стадія є короткочасною і забезпечує виживання у критичних ситуаціях.

Стадія опору настає, якщо стресова ситуація триває. Організм адаптується до нових умов і намагається підтримувати стабільність внутрішніх функцій, витрачаючи при цьому значні енергетичні ресурси. Психічна активність та фізична витривалість можуть бути тимчасово підвищені, проте резерви організму не безмежні. Постійне напруження, наприклад, у разі хронічного робочого стресу чи тривалого конфлікту, поступово виснажує сили людини.

Стадія виснаження є заключним етапом стресової реакції, коли ресурси організму вичерпуються. Фізіологічні та психічні системи більше не здатні підтримувати стан рівноваги, що призводить до порушень у роботі організму. Виникають соматичні симптоми, такі як головний біль, м'язові спазми, безсоння або захворювання серцево-судинної системи. Психічні прояви включають відчуття пригнічення, тривоги та втому, що може призвести до депресії. Ситуація постійного фінансового стресу чи тривалого догляду за хворим близьким нерідко стає каталізатором виснаження.

Формування стресостійкості є ефективною стратегією для мінімізації негативного впливу стресових ситуацій. Психологічні ресурси, такі як оптимістичне мислення, навички саморегуляції та вміння аналізувати ситуацію, дозволяють підтримувати емоційну рівновагу. Наприклад, переосмислення проблеми як виклику, а не загрози, знижує інтенсивність стресової реакції та мобілізує внутрішні сили для вирішення завдання.

Соціальні ресурси також відіграють ключову роль у подоланні стресу. Підтримка близьких людей, обговорення складної ситуації з друзями чи

спеціалістами допомагає зменшити емоційне навантаження. Людина, яка отримує співчуття та розуміння, краще адаптується до кризових обставин. Наприклад, у дослідженнях виявлено, що працівники, які мають підтримуючі стосунки у колективі, рідше відчувають виснаження, навіть за умов значного навантаження.

Фізіологічні ресурси забезпечують основу для стійкості організму до стресу. Регулярна фізична активність сприяє вивільненню ендорфінів, що допомагають стабілізувати емоційний стан. Повноцінний відпочинок і сон є необхідними для відновлення енергетичних запасів організму. Наприклад, навіть коротка щоденна прогулянка на свіжому повітрі сприяє зниженню рівня тривожності та покращенню загального самопочуття.

Уміння адаптуватися до стресових умов і управляти своїм станом визначає психологічну стійкість особистості. Збалансоване поєднання внутрішніх ресурсів, підтримки оточення та здорових фізіологічних практик дозволяє ефективно протистояти викликам сучасного життя та підтримувати якість свого здоров'я на високому рівні.

Розминка «Стресовий трикутник» (15 хв.) [43]

Інструкція. Тренер пропонує учасникам розглянути три кути «стресового трикутника»:

1. Думки – які виникають у стресовій ситуації (наприклад, «я не впораюся»).
2. Емоції – які з'являються у відповідь на стрес (страх, тривога, злість).
3. Фізичні реакції – напруга м'язів, прискорене серцебиття, тремтіння тощо.

Учасники по черзі називають конкретні приклади стресових ситуацій та як вони проявляються у цих трьох вимірах.

Обговорення. Чи є взаємозв'язок між думками, емоціями та реакціями тіла? Як змінення однієї складової може вплинути на інші?

Стресові ситуації виникають у житті кожної людини, проте здатність впоратися з ними значною мірою залежить від усвідомлення власних ресурсів і вміння їх активізувати. Ресурси поділяються на внутрішні та зовнішні, що разом створюють основу для стійкості та адаптації. Усвідомлення власних

ресурсів не лише допомагає подолати стрес, але й зміцнює впевненість у собі, додає відчуття контролю над ситуацією.

Внутрішні ресурси – це ті якості й навички, які є частиною особистості: самодисципліна, вміння аналізувати ситуації, творчий підхід до вирішення проблем чи життєвий досвід. Наприклад, почуття гумору часто допомагає поглянути на стресову ситуацію з нового ракурсу й нейтралізувати її вплив. Згідно з дослідженнями психологів, люди, які володіють навичками саморегуляції, краще адаптуються до змін і відновлюються після кризових подій.

Зовнішні ресурси, такі як підтримка друзів і сім'ї, природа чи навіть заняття улюбленим хобі, є додатковим оплотом стійкості. Соціальна підтримка має особливо велике значення. Теорія прихильності Дж. Боулбі стверджує, що наявність надійних міжособистісних зв'язків формує відчуття безпеки, необхідне для подолання стресу. Людина, яка може відкрито поділитися своїми переживаннями з близькими, значно швидше відновлює психологічний баланс.

Вправа «Пошук ресурсів» (30 хв.) [43]

Мета: усвідомлення власних внутрішніх та зовнішніх ресурсів для подолання стресу.

Інструкція. Тренер пояснює, що ресурси – це все, що допомагає людині відновлюватися, справлятися зі стресом і підтримувати свою стійкість. Ресурси можуть бути внутрішні (особистісні якості, досвід, навички) та зовнішні (підтримка близьких, комфортне середовище).

Покрокове виконання:

1. Кожен учасник отримує аркуш паперу, на якому малює дві колонки: «Внутрішні ресурси» та «Зовнішні ресурси».
2. У першій колонці учасники записують свої сильні сторони, навички та якості, які допомагають долати труднощі. Наприклад: «вміння планувати», «почуття гумору», «досвід подолання криз».
3. У другій колонці зазначають підтримку зовнішніх чинників: «друзі», «сім'я», «хобі», «природа», «музика».

4. Після індивідуального заповнення учасники обговорюють свої ресурси в парах або групі.

Обговорення. Чи помітили учасники нові ресурси, про які раніше не думали? Як ці ресурси можна активізувати у стресових ситуаціях?

Коментар. Вправа дозволяє усвідомити, що навіть у найскладніші моменти життя вони мають доступ до підтримуючих внутрішніх і зовнішніх джерел. Зосередженість на ресурсах переводить увагу з проблеми на можливість, що саме по собі є важливим кроком до подолання стресу. Спостерігається тенденція, що в періоди емоційного виснаження люди часто забувають про свої сильні сторони або нехтують ресурсами, які завжди поруч.

Практика «Антистресовий арсенал» (30 хв.) [28]

Мета: створення індивідуального набору технік для ефективного подолання стресу.

Інструкція. Тренер нагадує, що кожна людина має свої унікальні способи справлятися зі стресом. Учасникам пропонується створити «антистресовий арсенал» – список технік чи дій, які допомагають знизити напругу.

Покрокове виконання:

1. На аркуші паперу учасники малюють «скриньку» або «арсенал» і записують у нього ті техніки, які вже використовують або хочуть спробувати. Приклади:
 - дихальні практики (повільне діафрагмальне дихання).
 - фізична активність (прогулянка, йога, спорт).
 - музика, медитація чи творчість.
 - спілкування з підтримуючими людьми.
 - письмова практика (ведення щоденника).
2. Учасники діляться своїми «арсеналами» та обмінюються досвідом.

Обговорення. Які техніки здаються найбільш ефективними? Чи помітили учасники, що їхній «арсенал» можна розширити новими методами?

Створення «антистресового арсеналу» є практичним способом систематизувати стратегії подолання стресу. Дихальні техніки, фізична

активність, творчі практики чи соціальна взаємодія активізують різні аспекти психічної саморегуляції. Наприклад, **діафрагмальне дихання** не лише знижує рівень кортизолу – гормону стресу, але й допомагає стабілізувати серцевий ритм та сприяє розслабленню. Творчі практики, як-от малювання чи музика, діють як засіб вираження й відпускання накопичених емоцій.

У стресовий період людина може не помічати, що навіть коротка прогулянка на свіжому повітрі чи кілька хвилин спокійного дихання здатні змінити її стан. Систематичне ведення «арсеналу» дозволяє швидко обрати потрібний інструмент і застосувати його для зниження напруги. Практика показує, що чим ширше розмаїття технік, тим ефективніше людина адаптується до викликів.

Підсумки (15 хв.)

Тренер підсумовує заняття, наголошуючи на важливості регулярної роботи зі своїми ресурсами та техніками подолання стресу. Стрес – це не лише виклик, а й можливість загартувати себе, активізувати свої сильні сторони та знайти нові способи відновлення.

Зворотний зв'язок. Учасники коротко діляться своїми враженнями та інсайтами.

Домашнє завдання: застосовувати обрану техніку зі свого «антистресового арсеналу» упродовж тижня та спостерігати за її ефективністю.

Тренінг заняття 6. «Відновлення соціальних зв'язків»

Час проведення: 2 академічних години.

Мета: розвиток навичок комунікації та створення стійкої системи соціальної підтримки, яка допомагає у процесі відновлення після травматичного досвіду.

Вступне обговорення (15 хв.)

Соціальна підтримка є фундаментальним фактором психологічного відновлення, особливо після пережиття травмівних подій. Людина, яка відчуває підтримку з боку оточення, здатна краще адаптуватися до стресових ситуацій і швидше повернутися до нормального функціонування. Наукові

дослідження вказують на пряму залежність між рівнем соціальної підтримки та ефективністю подолання негативних наслідків травми. Підтримка з боку близьких людей, колег або фахівців значно знижує рівень тривожності, покращує емоційний стан і допомагає віднайти внутрішню рівновагу.

Теорія прихильності, розроблена британським психологом **Дж. Боулбі**, стверджує, що здорова прив'язаність до значущих інших формує основу для почуття безпеки та стабільності у людини. У дитинстві батьківська підтримка сприяє формуванню довіри до світу та до самого себе. У дорослому віці це відображається у вміннях налагоджувати стосунки, відкрито просити про допомогу й отримувати підтримку у кризові періоди. Відсутність безпечної прив'язаності може призводити до замкненості, недовіри та неможливості звертатися за підтримкою в складні часи.

Після травми комунікація з іншими людьми набуває особливого значення, але й ускладнюється через низку емоційних та психологічних бар'єрів. Травмовані люди часто уникають соціальної взаємодії через страх відторгнення або нерозуміння. Потреба у підтримці стає особливо гострою, проте водночас з'являється тривога перед можливістю бути не почутим чи недооціненим.

Важливим завданням у подоланні травматичного досвіду є **навчання відкритої та асертивної комунікації**. Асертивність передбачає вміння висловлювати свої потреби й почуття без агресії або пасивності. Наприклад, прохання про допомогу може бути коротким і конкретним, що підвищує шанси на отримання необхідної підтримки. Людина, яка говорить про свої емоції та потреби чітко й відкрито, отримує не лише підтримку, а й знижує рівень внутрішньої напруги.

Окрім вербальної взаємодії, важливу роль відіграють невербальні прояви підтримки: тактильний контакт, співчутливий погляд чи присутність поруч. Просте усвідомлення того, що поруч є хтось, хто готовий вислухати та підтримати, вже створює відчуття безпеки та зменшує страх ізольованості.

Соціальна підтримка функціонує на кількох рівнях:

1. **Емоційний рівень** включає прояви співчуття, розуміння та готовність вислухати.
2. **Практичний рівень** полягає у наданні конкретної допомоги у вирішенні життєвих завдань.
3. **Інформаційний рівень** передбачає надання порад і необхідної інформації щодо шляхів виходу з кризової ситуації.

Відновлення соціальних зв'язків після травми є важливим кроком до психологічного одужання. Люди, які поступово залучаються до соціальної активності, формують коло підтримки й зміцнюють відчуття власної безпеки, стають більш стійкими перед стресовими викликами.

Коментар. Підтримка може мати різні форми:

- емоційна – прояв розуміння, співчуття, готовність вислухати.
- практична – конкретна допомога у побуті чи інших аспектах життя.
- інформаційна – поради, знання, які допомагають подолати складну ситуацію.

Тренер заохочує учасників до обговорення:

1. Що для вас означає підтримка?
2. Чи легко звертатися по допомогу?
3. Як відчуття підтримки впливає на подолання стресу та травми?

Вправа «Коло підтримки» (30 хв.) [28]

Мета: усвідомлення важливих людей у житті, які можуть надавати підтримку.

Інструкція.

1. Учасникам пропонується намалювати коло на аркуші паперу та поділити його на сектори. У центрі кола написати своє ім'я або слово «Я».
2. У секторах потрібно записати імена людей, які можуть надати підтримку в складних ситуаціях:
 - близькі родичі;
 - друзі чи знайомі;
 - колеги, наставники або професіонали;

- люди, які є джерелом натхнення чи позитиву (наприклад, ментори, улюблені автори).
3. Учасники обговорюють свої кола в парах або групі.

Запитання для обговорення:

1. Чи є у вашому житті достатньо людей, які можуть підтримати вас?
2. Які зв'язки ви б хотіли відновити чи зміцнити?
3. Що заважає вам звертатися по підтримку?

Рольова гра «Запит про допомогу» (30 хв.) [39]

Мета: відпрацювання навичок звернення по допомогу та подолання бар'єрів у комунікації.

Інструкція. Учасники об'єднуються у пари. Одному учаснику пропонується зіграти роль того, хто потребує підтримки, а іншому – роль людини, до якої звертаються. Ситуації для гри можна обрати із запропонованих тренером або створити власні:

1. Звернення до друга з проханням вислухати у важкий момент.
2. Запит про допомогу в колеги на роботі під час перенавантаження.
3. Спілкування з близькою людиною про потребу в підтримці.

Покрокове виконання:

Учасник, який просить про допомогу, має чітко сформулювати свої потреби, використовуючи «Я-повідомлення». Наприклад: «Я почуваюся втомленим і мені важко самотужки з цим впоратися. Мені потрібна твоя підтримка».

Інший учасник має реагувати так, як це відбувається в реальному житті (погодитися допомогти, відмовити, запропонувати альтернативний варіант).

Обговорення після гри.

1. Що відчували під час прохання про допомогу?
2. Чи було складно сформулювати свої потреби?
3. Як сприймалася реакція співрозмовника?
4. Що допомагає зробити запит про допомогу більш ефективним?

Коментар. Здатність звертатися по допомогу є важливою навичкою, що відіграє ключову роль у подоланні травматичних ситуацій та емоційного

виснаження. Попри поширене переконання, що прохання про підтримку свідчить про слабкість, насправді воно демонструє зрілість особистості та вміння усвідомлювати власні потреби.

Соціальна взаємодія є основою емоційного благополуччя. Згідно з теорією прихильності Дж. Боулбі, стосунки з надійними людьми створюють відчуття безпеки та підтримують здатність долати стресові ситуації. Уміння комунікувати свої потреби дозволяє уникнути ізоляції та глибшого занурення в негативні переживання. Натомість уникнення прохання про допомогу часто породжується страхом бути відкинутим або нерозумінням власних потреб.

Під час рольової гри учасники мають можливість зіткнутися зі складнощами, які виникають у реальному житті. «Я-повідомлення» є ефективним способом комунікації, оскільки воно виражає потреби людини через її особисті почуття та переживання, не звинувачуючи співрозмовника. Наприклад, твердження «Ти ніколи не слухаєш мене» може викликати оборонну реакцію, тоді як «Я почуваюся самотньо і мені потрібна твоя увага» звучить конструктивно та відкрито.

Працівник, який переживає перевантаження на роботі, може звернутися до колеги чи керівника з проханням про допомогу, пояснивши ситуацію: «Я не встигаю виконати завдання у визначений термін. Чи можеш допомогти або підказати, як краще розподілити навантаження?» Таке прохання не лише підвищує ефективність роботи, а й формує довірливі стосунки у колективі.

Підсумки (15 хв.)

Завершальна частина. Тренер підсумовує важливість відновлення соціальних зв'язків та наголошує на тому, що підтримка є взаємним процесом. Звертаючись по допомогу, ми не лише отримуємо ресурс, а й зміцнюємо зв'язки з іншими людьми.

Зворотний зв'язок. Учасники діляться враженнями від вправи та власними інсайтами.

Домашнє завдання: на наступний тиждень поставити собі за мету відновити або зміцнити принаймні один важливий соціальний контакт, наприклад, зателефонувати другові чи запросити когось на зустріч.

Тренінг заняття 7. Підсумки та планування майбутнього

Час проведення: 2 академічних години.

Мета: закріплення набутих навичок, створення індивідуального плану подальшого розвитку та зміцнення ресурсного стану учасників.

Вступна частина (15 хв.)

Завершальний етап програми є можливістю підбити підсумки, закріпити ключові навички та усвідомити особисті зміни, які відбулися впродовж тренінгових занять. Тренер нагадує учасникам основні теми програми, акцентуючи увагу на опанованих техніках:

- управління емоціями;
- робота з травмівними спогадами;
- розвиток стресостійкості;
- відновлення соціальних зв'язків.

Огляд етапів програми допомагає усвідомити власний прогрес, побачити індивідуальні досягнення та визначити сильні сторони, які стали результатом спільної роботи.

Питання для групового обговорення:

1. Що для вас стало найбільш значущим під час тренінгової програми?
2. Які техніки та вправи допомогли найкраще?
3. Які зміни ви помітили у своєму емоційному стані та поведінці?

Вправа «Мій ресурсний план» (45 хв.) [43]

Мета: створення індивідуального плану застосування технік саморегуляції та розвитку емоційної стійкості у повсякденному житті.

Інструкція.

1. Учасники отримують аркуші паперу та ручки. Тренер пропонує структуровано відповісти на такі запитання:
 1. Які техніки та методи саморегуляції я планую застосовувати регулярно?
 2. Як саме я інтегрую ці навички у своє повсякденне життя (ранкові ритуали, робочі перерви, вечірнє розслаблення)?

3. Які ресурси допоможуть мені зберігати стійкість під час стресових ситуацій (підтримка друзів, заняття спортом, творчість тощо)?
 4. Що допоможе мені розвивати емоційну компетентність і не зупинятися на досягнутому?
2. Учасники записують свої відповіді у вигляді «ресурсного плану» – конкретного плану дій на найближчі тижні чи місяці.

Обговорення. Учасники діляться основними пунктами свого плану (за бажанням) у малих групах або загальному колі. Тренер підкреслює важливість послідовності та регулярності у застосуванні навичок.

Практика «Письмо подяки собі» (30 хв.) [43]

Мета: підвищення самооцінки, закріплення позитивного ставлення до власних досягнень і досвіду, отриманого під час тренінгової програми.

Інструкція. Учасникам пропонується написати лист-подяку собі. Лист має бути щирим, емоційно насиченим і конкретним.

Тренер заохочує висловити вдячність за такі аспекти:

- участь у програмі, готовність до змін;
- наполегливість у виконанні завдань;
- нові навички, які вдалося опанувати;
- подолання внутрішніх бар'єрів;
- власний прогрес у напрямі емоційного зцілення.

Лист залишається у кожного учасника як нагадування про власну силу та досягнення.

Завершальне коло (15 хв.)

Завершальне коло є підсумковою частиною тренінгу. Учасники діляться враженнями від усієї програми, висловлюють побажання собі та групі на майбутнє.

Запитання для обговорення:

1. Що вам дало завершення цієї програми?
2. Які зміни ви помітили у собі під час роботи?
3. Що стане основою для вашого подальшого розвитку?

Тренер наголошує на тому, що завершення програми – це не кінець роботи над собою, а новий етап усвідомленого руху до емоційної стійкості, гармонії та ресурсного життя.

Для реалізації змісту програми застосовуються різноманітні інтерактивні техніки: групові дискусії, психологічні практикуми, мозкові штурми, рольові ігри, заповнення робочих аркушів та рефлексивні завдання. Поєднання індивідуальної та групової роботи створює умови для ефективної саморефлексії, обміну досвідом та закріплення отриманих навичок у практичній діяльності.

Загальна тривалість програми складається з 7 занять, кожне з яких будується на основі трьох структурних блоків. Послідовне поєднання теорії та практики дозволяє учасникам не лише усвідомити вплив травматичного досвіду на їхнє життя, але й отримати дієві інструменти для його подолання.

3.2. Психологічний та статистичний аналіз результатів формувального експерименту

Результати дослідження після впровадження соціально-психологічного тренінгу представлені в таблиці (див. табл. 3.1.)

Таблиця 3.1

Результати дослідження за методикою BASIC Ph (після проведення корекційних заходів)

№ респондента	Віра (B)	Афект (A)	Соціальний (S)	Уява (I)	Пізнання (C)	Фізіологія (Ph)	Загальний рівень ресурсоорієнтованості
№ 1	4	4	5	3	4	4	24
№ 2	3	4	4	4	4	3	22
№ 3	5	5	5	5	5	5	30
№ 4	3	3	4	3	4	3	20
№ 5	5	5	5	4	5	5	29

№ 6	3	3	4	4	4	3	21
№ 7	4	5	5	5	5	5	29
№ 8	3	3	4	4	4	4	22
№ 9	5	5	5	5	5	5	30
№ 10	4	4	5	5	4	4	26
№ 11	5	5	5	5	5	5	30
№ 12	3	3	4	4	3	4	21
№ 13	4	5	5	4	4	5	27
№ 14	5	5	5	5	5	5	30
№ 15	4	4	4	3	4	4	23
№ 16	5	5	5	5	5	5	30
№ 17	4	4	5	4	4	4	25
№ 18	3	3	4	3	4	4	21
№ 19	5	5	5	5	5	5	30
№ 20	4	4	5	4	5	5	27
№ 21	5	5	5	5	5	5	30
№ 22	3	4	4	4	4	4	23
№ 23	4	5	5	4	4	5	27
№ 24	5	5	5	5	5	5	30
№ 25	4	4	5	4	4	5	26
№ 26	3	3	4	4	4	3	21
№ 27	5	5	5	5	5	5	30
№ 28	4	5	5	4	5	5	28
№ 29	5	5	5	5	5	5	30
№30	4	4	5	4	5	5	27
Середнє	4,1	4,3	4,7	4,26	4,46	4,46	26,3

Графічне відображення розподілу результатів представлено на рис. 3.1.

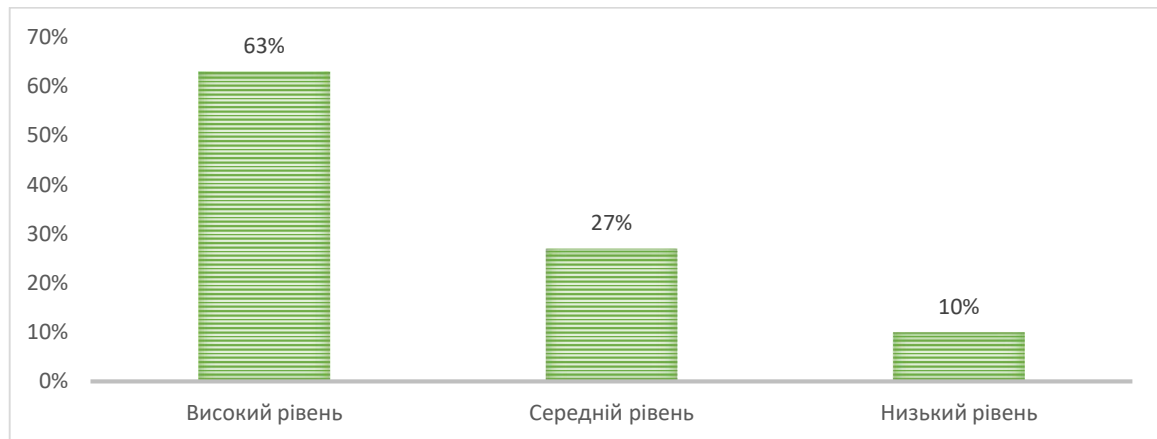


Рис. 3.1. Гістограма розподілу результатів за методикою BASIC Ph (після проведення корекційних заходів)

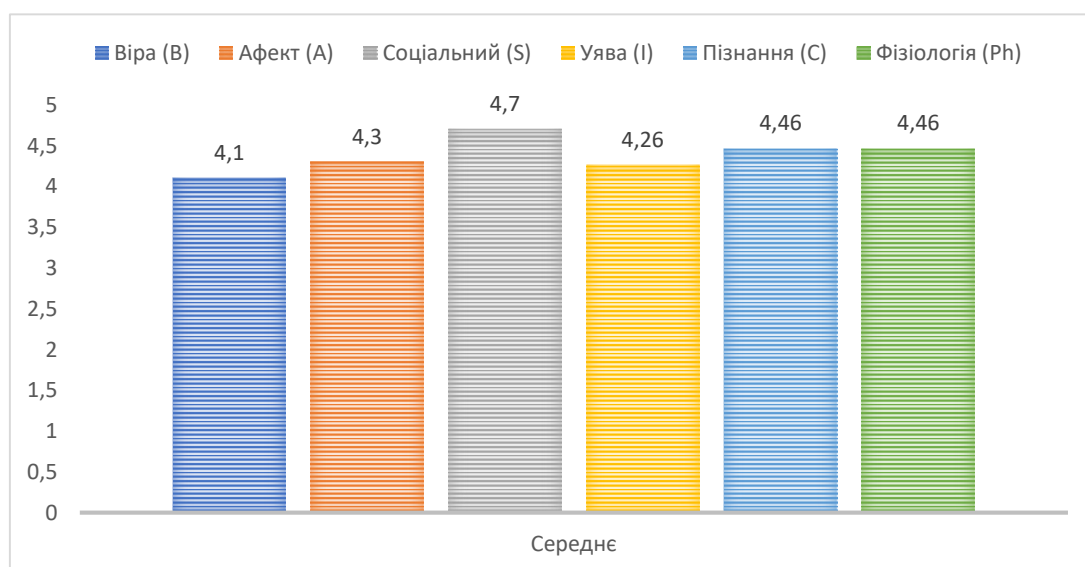
Отримані результати дослідження за методикою BASIC Ph після впровадження соціально-психологічного тренінгу показали суттєві зміни у рівні ресурсорієнтованості серед учасників. Зокрема, високий рівень ресурсорієнтованості продемонстрували 67% респондентів, це свідчить про те, що більшість учасників значно покращили свої навички ефективного використання внутрішніх і зовнішніх ресурсів для подолання стресових ситуацій. Особи з високим рівнем ресурсорієнтованості демонструють стійкість до життєвих викликів, активність у взаємодії із соціальним середовищем та здатність швидко адаптуватися до змін. Крім того, вони краще використовують фізіологічні та когнітивні стратегії, що сприяють підтриманню емоційної рівноваги.

Середній рівень ресурсорієнтованості зафіксовано у 23% респондентів. У цих учасників зберігається базова здатність до адаптації, але вони не повністю реалізували потенціал засвоєних навичок, що може бути обумовлено індивідуальними особливостями або початковим рівнем ресурсорієнтованості, який був нижчим, ніж у інших учасників. Тим не менш, зменшення частки респондентів із середнім рівнем ресурсорієнтованості порівняно з даними до тренінгу свідчить про загальне підвищення ефективності використання ресурсів у більшості учасників.

Лише 10% респондентів зберегли низький рівень ресурсоорієнтованості, що вказує на те, що в окремих випадках потрібен більш індивідуалізований підхід до корекційної роботи. Учасники з низьким рівнем ресурсоорієнтованості демонструють обмежену здатність мобілізувати ресурси для подолання стресу, що може ускладнювати їхню адаптацію до життєвих викликів.

Отримані результати свідчать про загальну ефективність впровадженої тренінгової програми, яка сприяла значному покращенню показників ресурсоорієнтованості. Значне збільшення частки учасників із високим рівнем ресурсоорієнтованості підкреслює успішність використання таких технік, як майндфулнес, дихальні вправи, когнітивно-поведінкові стратегії та практики саморефлексії. Зниження кількості респондентів із середнім і низьким рівнем ресурсоорієнтованості також підтверджує, що учасники засвоїли практичні навички, які дозволяють ефективно адаптуватися до стресових ситуацій.

Загалом, програма тренінгу стала основою для формування стійких моделей поведінки, які допомагають учасникам зберігати психоемоційну рівновагу навіть у складних обставинах. Результати дослідження демонструють ефективність системного підходу до розвитку навичок самодопомоги та саморегуляції у контексті подолання травматичного досвіду.



**Рис. 3.2. Гістограма середніх показників за шкалами «BASIC Ph»
(після проведення корекційних заходів)**

Середнє значення за шкалою після проведення корекційних заходів Віра (В) становить 4.1, що свідчить про значне підвищення, що вказує на сильнішу орієнтацію на внутрішні переконання та духовні ресурси як основи для підтримки психологічної стійкості в стресових ситуаціях.

Шкала Афект (А) демонструє середній результат 4.3, що вказує про покращення здатності до ефективного управління емоціями та вираження їх в умовах стресу. Високе значення вказує на покращену емоційну регуляцію, здатність знижувати рівень стресу та підтримувати емоційну рівновагу.

Соціальний (S) компонент отримав найвищий показник серед усіх шкал – 4.7, демонструє, що соціальна підтримка стає ще важливішим ресурсом для подолання труднощів і стресових ситуацій. Людина стає більш орієнтованою на взаємодію з близькими та оточенням, що може допомогти зменшити стрес і полегшити процес адаптації.

Середнє значення за шкалою Уява (І) становить 4.26, вказує на те, що уява стала важливішим ресурсом для адаптації, допомагаючи людині ефективніше справлятися зі стресом, шукати нестандартні рішення та відволікатися від негативних емоцій. Використання творчих та креативних підходів для подолання стресу.

Шкала пізнання (С) характеризується середнім значенням 4.46, свідчить про те, що когнітивні стратегії стали ще важливішими для подолання стресових ситуацій, і людина тепер краще здатна аналізувати ситуації та приймати обґрунтовані рішення для подолання труднощів.

Середній показник за шкалою фізіологія (Ph) дорівнює 4.46, вказує на те, що фізична активність і турбота про здоров'я стали ще більш важливими для людини в умовах стресу, і вона краще використовує фізіологічні ресурси для підтримки загальної стійкості.

Загальний аналіз після проведення формувального експерименту спостерігається загальне підвищення показників за всіма шкалами, що свідчить про покращення адаптаційної стійкості особистості та розвитку різних стратегій подолання стресу.

Результати дослідження після впровадження програми за методикою Шкала Дж. Тейлора представлені у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

**Результати дослідження за методикою визначення рівня тривожності
(Шкала Дж. Тейлора) (після проведення корекційних заходів)**

№ респондента	Рівень тривожності (бал)	Інтерпретація результатів
№ 1	23	Середній рівень тривожності
№ 2	32	Високий рівень тривожності
№ 3	13	Низький рівень тривожності
№ 4	26	Середній рівень тривожності
№ 5	37	Високий рівень тривожності
№ 6	18	Низький рівень тривожності
№ 7	35	Високий рівень тривожності
№ 8	20	Низький рівень тривожності
№ 9	28	Середній рівень тривожності
№ 10	30	Середній рівень тривожності
№ 11	16	Низький рівень тривожності
№ 12	24	Середній рівень тривожності
№ 13	35	Високий рівень тривожності
№ 14	19	Низький рівень тривожності
№ 15	27	Середній рівень тривожності
№ 16	38	Високий рівень тривожності
№ 17	17	Низький рівень тривожності
№ 18	25	Середній рівень тривожності
№ 19	33	Високий рівень тривожності
№ 20	22	Низький рівень тривожності
№ 21	30	Середній рівень тривожності
№ 22	21	Низький рівень тривожності
№ 23	29	Середній рівень тривожності
№ 24	36	Високий рівень тривожності
№ 25	18	Низький рівень тривожності
№ 26	32	Високий рівень тривожності
№ 27	25	Середній рівень тривожності
№ 28	15	Низький рівень тривожності
№ 29	28	Середній рівень тривожності
№30	36	Високий рівень тривожності

Графічне відображення розподілу результатів представлено на рис. 3.3.

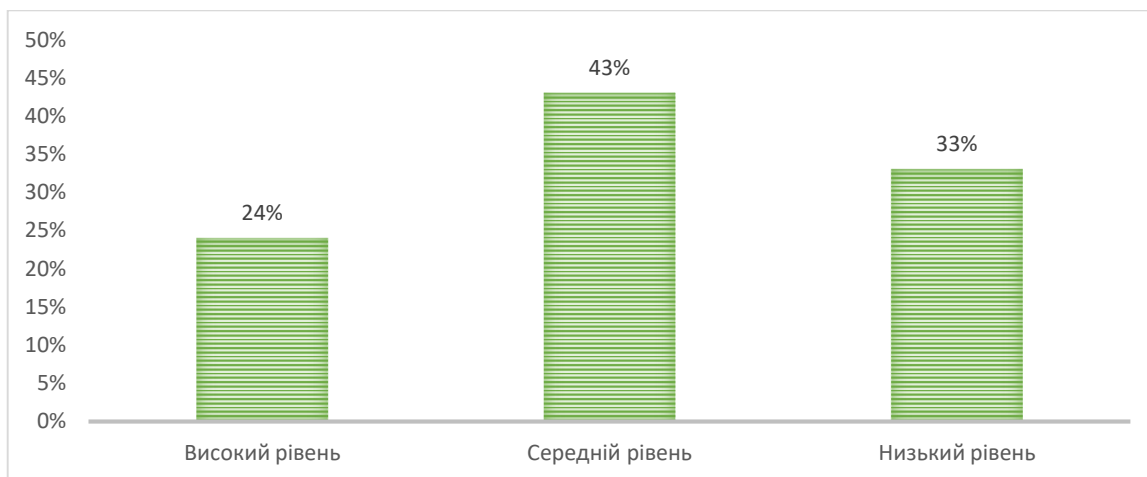


Рисунок 3.3. Гістограма розподілу результатів за методикою визначення рівня тривожності (Шкала Дж. Тейлора) (після проведення корекційних заходів)

Проведений аналіз рівня тривожності респондентів після впровадження соціально-психологічного тренінгу демонструє позитивну динаміку у зниженні тривожності серед учасників. Результати дослідження показали, що 33% респондентів мають низький рівень тривожності, що свідчить про ефективність використаних технік, таких як майндфулнес, дихальні вправи та релаксаційні практики, які дозволили учасникам зменшити відчуття внутрішньої напруги та страху. Особи з низьким рівнем тривожності демонструють підвищену здатність зберігати емоційну стабільність у стресових ситуаціях, що покращує їхнє загальне психоемоційне самопочуття.

Середній рівень тривожності зафіксовано у 43% респондентів. Учасники цієї групи виявляють помірну реактивність на стресові фактори, але значно знизили інтенсивність проявів тривожності порівняно з результатами до тренінгу, що свідчить про часткову реалізацію засвоєних навичок саморегуляції та психологічної самодопомоги, що дозволяє їм краще контролювати свої емоції у звичних та нових життєвих обставинах.

Високий рівень тривожності після тренінгу спостерігається у 24% респондентів. Незважаючи на незначне зниження кількості учасників із таким рівнем тривожності, результати вказують на потребу в подальшій індивідуалізованій підтримці для цієї групи. Такі учасники все ще

демонструють сильну емоційну реактивність та схильність до негативного прогнозування, що може ускладнювати їхнє щоденне функціонування.

Загальний аналіз отриманих результатів свідчить про ефективність тренінгової програми у зниженні рівня тривожності серед більшості респондентів. Зменшення частки учасників із високим рівнем тривожності, а також зростання кількості осіб із низьким рівнем тривожності підтверджують результативність впроваджених методик. Водночас значна частина респондентів із середнім рівнем тривожності вказує на необхідність закріплення отриманих навичок для подальшого покращення їхнього психоемоційного стану.

Отримані дані дозволяють зробити висновок про успішність впровадженого тренінгу як засобу зниження рівня тривожності та розвитку емоційної стійкості у респондентів. Результати також підкреслюють ефективність системного підходу до розвитку навичок саморегуляції для підтримки психічного здоров'я та адаптації до життєвих викликів.

Результати дослідження після впровадження програми Методика САН представлено у таблиці (див. табл. 3.3).

Таблиця 3.3

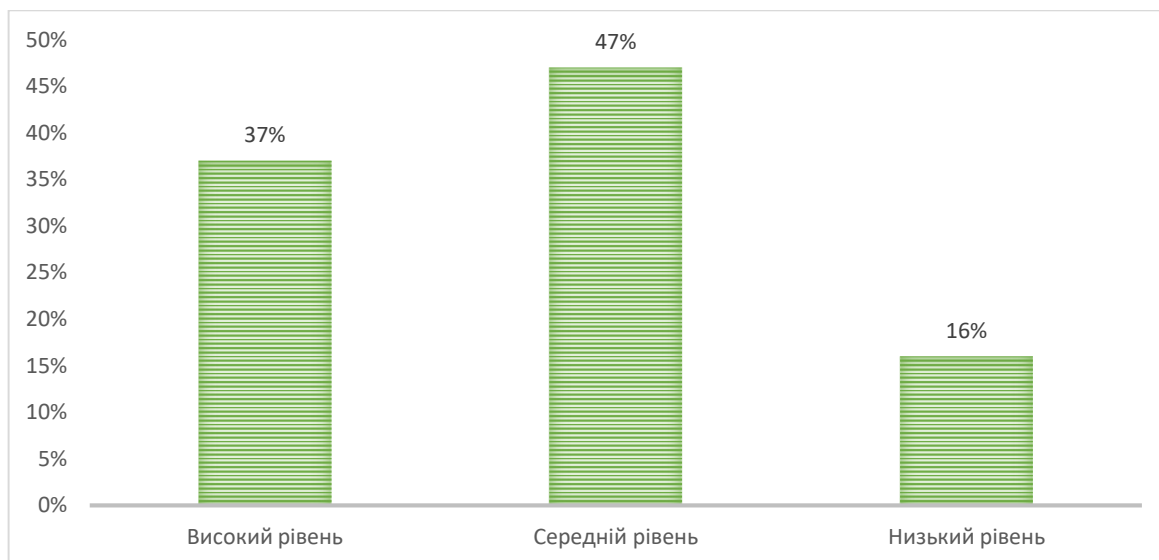
**Результати дослідження за методикою самооцінки психічного стану:
самопочуття, загальна активність, настрої (САН)
(після проведення корекційних заходів)**

№ респондента	Самопочуття (бал)	Загальна активність (бал)	Настрої (бал)	Середній показник (бал)	Інтерпретація результатів
№ 1	6	7	6	6.33	Середній рівень психічного стану
№ 2	8	9	7	8.00	Високий рівень психічного стану
№ 3	4	5	4	4.33	Низький рівень психічного стану

№ 4	7	8	6	7.00	Середній рівень психічного стану
№ 5	9	10	8	9.00	Високий рівень психічного стану
№ 6	5	6	5	5.33	Середній рівень психічного стану
№ 7	6	7	6	6.33	Середній рівень психічного стану
№ 8	8	9	8	8.33	Високий рівень психічного стану
№ 9	5	5	4	4.67	Низький рівень психічного стану
№ 10	7	8	7	7.33	Середній рівень психічного стану
№ 11	4	6	5	5.00	Низький рівень психічного стану
№ 12	8	9	7	8.00	Високий рівень психічного стану
№ 13	6	7	6	6.33	Середній рівень психічного стану
№ 14	9	10	8	9.00	Високий рівень психічного стану
№ 15	5	6	5	5.33	Середній рівень психічного стану
№ 16	7	8	7	7.33	Середній рівень психічного стану
№ 17	4	5	4	4.33	Низький рівень психічного стану
№ 18	8	9	8	8.33	Високий рівень психічного стану
№ 19	6	7	6	6.33	Середній рівень психічного стану

№ 20	9	10	9	9.33	Високий рівень психічного стану
№ 21	5	6	5	5.33	Середній рівень психічного стану
№ 22	7	8	7	7.33	Середній рівень психічного стану
№ 23	4	5	4	4.33	Низький рівень психічного стану
№ 24	8	9	8	8.33	Високий рівень психічного стану
№ 25	6	7	6	6.33	Середній рівень психічного стану
№ 26	9	10	9	9.33	Високий рівень психічного стану
№ 27	5	6	5	5.33	Середній рівень психічного стану
№ 28	7	8	6	7.00	Середній рівень психічного стану
№ 29	4	6	5	5.00	Низький рівень психічного стану
№30	8	9	7	8.00	Високий рівень психічного стану
Середнє	6,46	7,5	6,26		

Графічне відображення розподілу результатів представлено на рис. 3.4.



**Рис. 3.4. Гістограма розподілу результатів за методикою САН
(після проведення корекційних заходів)**

Результати дослідження, проведеного за методикою самооцінки психічного стану (САН) після впровадження соціально-психологічного тренінгу, демонструють позитивну динаміку в підвищенні показників самопочуття, активності та настрою серед учасників. Згідно з отриманими даними, 37% респондентів досягли високого рівня психічного стану, що свідчить про їхню здатність підтримувати стабільний емоційний стан, високий рівень життєвої активності та позитивне сприйняття реальності після участі у програмі. Такі показники є результатом використання технік релаксації, когнітивного пере налаштування та дихальних вправ, які дозволили учасникам знизити вплив стресових факторів та підвищити загальне самопочуття.

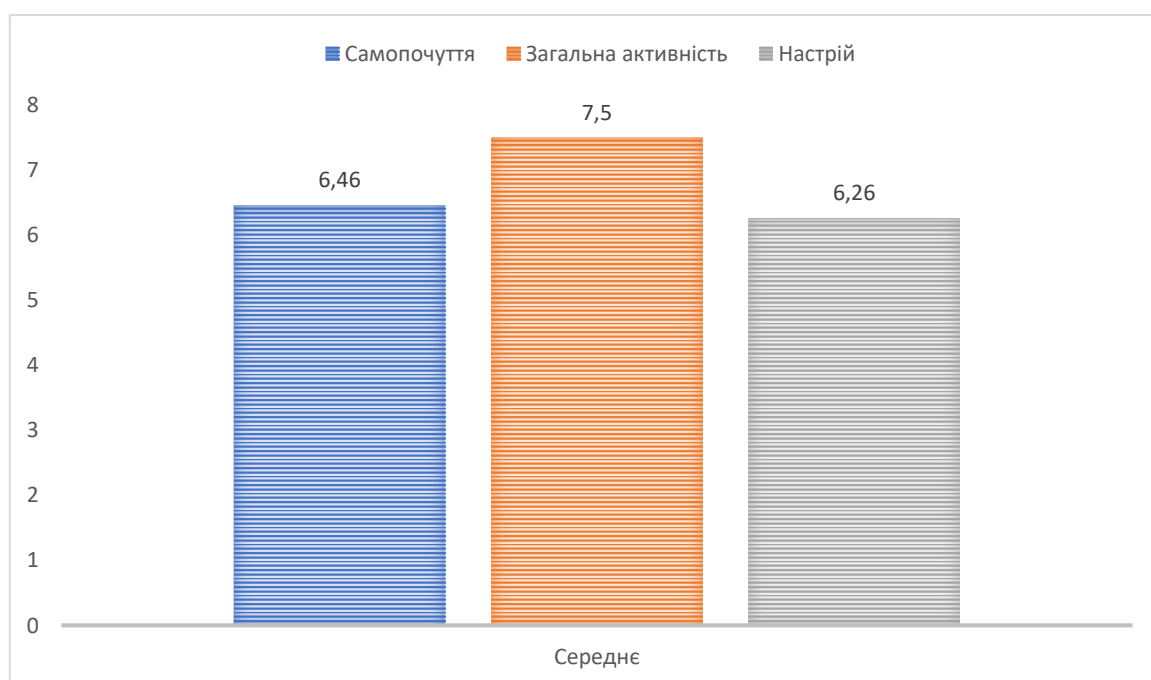
Середній рівень психічного стану виявлено у 47% респондентів. Особи цієї групи демонструють помірну активність і здатність до збереження емоційного балансу, але потребують подальшого закріплення навичок саморегуляції для досягнення більш високих показників, що вказує на часткове засвоєння технік самодопомоги, зокрема практик майндфулнесу та самоспівчуття, що сприяло зниженню напруги та поліпшенню настрою.

16% респондентів залишаються на низькому рівні психічного стану. Незважаючи на певне поліпшення показників у порівнянні з результатами до впровадження програми, ці учасники все ще мають труднощі в адаптації до

стресових факторів. Їм може знадобитися додаткова підтримка, індивідуальне консультування або подальша участь у спеціалізованих тренінгових програмах для покращення самопочуття та загальної активності.

Загалом отримані результати свідчать про ефективність тренінгової програми у покращенні психічного стану респондентів. Значне зростання кількості учасників із високим рівнем самопочуття, активності та настрою підтверджує результативність впроваджених технік. Водночас дані вказують на необхідність подальшого закріплення навичок саморегуляції та розширення підтримки для окремих учасників із низькими показниками психічного стану.

Програма продемонструвала свою дієвість у розвитку навичок психологічної самодопомоги, які сприяють покращенню загального психоемоційного самопочуття та підвищенню адаптаційного потенціалу респондентів.



**Рисунок 3.5. Гістограма середніх показників за шкалами САН
(після проведення корекційних заходів)**

Середній показник за шкалою Самопочуття становить 6.46, що вказує на покращення самопочуття респондентів після формувального експерименту позитивні зміни у фізичному та психічному стані, що може бути результатом

зниження рівня стресу, покращення фізичної активності, а також поліпшення психоемоційного фону.

Загальна активність досягла середнього значення 7.50, це підвищення на 1.00 бал вказує на високий рівень на значне зростання загальної активності респондентів після експерименту. Показник свідчить про значне покращення рівня енергійності, працездатності та готовності до виконання завдань, що є важливим фактором для ефективної адаптації до різних ситуацій.

Середнє значення за шкалою настроїв становить 6.26, свідчить про те, що після проведення формувального експерименту учасники мають більш позитивний емоційний фон, що може бути результатом зменшення стресу, поліпшення соціальних і психоемоційних аспектів їхнього життя.

Загальна характеристика стану групи після проведення формувального експерименту показує позитивні зміни в ключових аспектах, які впливають на загальний психологічний і фізичний стан учасників. Це свідчить про покращення загального самопочуття респондентів після експерименту, ймовірно завдяки зниженню стресу, підвищенню фізичної активності та покращенню емоційного фону. Показник загальної активності зріс, що свідчить про значне покращення енергійності, працездатності та готовності до виконання завдань після експерименту. Це може вказувати на підвищення мотивації та зацікавленості учасників. Покращення настрою після експерименту свідчить про зменшення тривожності та стресу, підвищення емоційної стабільності та позитивного настрою серед учасників.

Після проведення формувального експерименту стан групи значно покращився. Зростання показників самопочуття, активності та настрою свідчить про успішність тренінгів, які були застосовані в експерименті. Респонденти стали більш енергійними, з підвищеною працездатністю, а їх емоційний стан став більш стабільним і позитивним. Це свідчить про підвищення загальної адаптаційної стійкості групи до стресових ситуацій, що є важливим показником ефективності проведеного експерименту.

Результати дослідження після впровадження програми за шкалою PCL-5 представлено у таблиці 3.4.

**Результати дослідження за шкалою посттравматичного стресового
розладу (PCL-5) (після проведення корекційних заходів)**

№ респондента	Показник симптомів (бал)	Інтерпретація результатів
№ 1	18	Низький рівень симптомів ПТСР
№ 2	40	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 3	55	Високий рівень симптомів ПТСР
№ 4	32	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 5	22	Низький рівень симптомів ПТСР
№ 6	45	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 7	60	Високий рівень симптомів ПТСР
№ 8	28	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 9	50	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 10	35	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 11	12	Низький рівень симптомів ПТСР
№ 12	65	Високий рівень симптомів ПТСР
№ 13	22	Низький рівень симптомів ПТСР
№ 14	45	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 15	55	Високий рівень симптомів ПТСР
№ 16	30	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 17	40	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 18	60	Високий рівень симптомів ПТСР
№ 19	18	Низький рівень симптомів ПТСР
№ 20	45	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 21	65	Високий рівень симптомів ПТСР
№ 22	28	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 23	12	Низький рівень симптомів ПТСР

Продовж. табл. 3.4

№ 24	50	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 25	35	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 26	55	Високий рівень симптомів ПТСР
№ 27	18	Низький рівень симптомів ПТСР
№ 28	45	Помірний рівень симптомів ПТСР
№ 29	60	Високий рівень симптомів ПТСР
№30	28	Помірний рівень симптомів ПТСР

Графічне відображення розподілу результатів представлено на рис. 3.6.

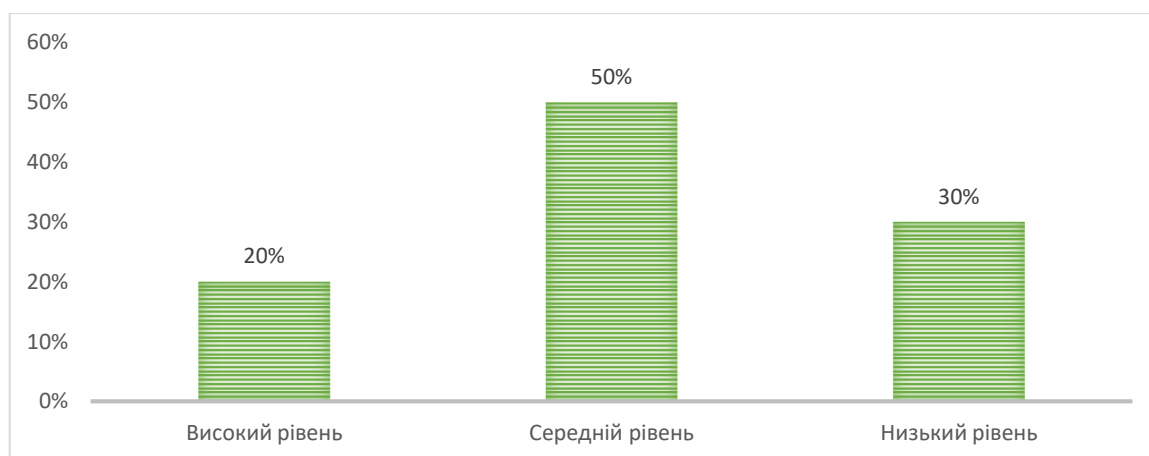


Рис. 3.6. Гістограма розподілу результатів за методикою шкалою посттравматичного стресового розладу (PCL-5) (після проведення корекційних заходів)

Результати дослідження після впровадження соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на подолання травматичного досвіду, свідчать про позитивні зміни у рівні симптомів ПТСР серед учасників. Відповідно до отриманих даних, 30% респондентів мають низький рівень симптомів ПТСР, що свідчить про їхню здатність ефективно використовувати набуті навички самопомогі для зниження інтенсивності стресових реакцій. Респонденти цієї групи демонструють значне покращення у порівнянні з результатами до впровадження програми, що є свідченням її ефективності.

50% респондентів залишаються на помірному рівні симптомів ПТСР, що вказує на часткове зменшення проявів посттравматичного стресу, але

потребує подальшої роботи з учасниками для закріплення отриманих результатів. Особи з помірним рівнем симптомів ПТСР демонструють прогрес у адаптації до стресових ситуацій та у формуванні стійких копінг-стратегій, однак їм все ще бракує достатньої внутрішньої стійкості для повного подолання посттравматичних проявів.

20% респондентів залишаються на високому рівні симптомів ПТСР. Незважаючи на участь у програмі, ці особи все ще мають труднощі у зниженні інтенсивності своїх травматичних реакцій, що може бути пов'язано з глибиною травматичного досвіду або потребою у додатковій терапевтичній підтримці. Для цієї групи учасників рекомендовано індивідуальне консультування або участь у більш тривалих і спеціалізованих програмах з подолання ПТСР.

Загалом результати дослідження вказують на ефективність тренінгової програми у зниженні рівня симптомів ПТСР. Зростання кількості респондентів із низьким рівнем симптомів і зменшення кількості осіб із високим рівнем демонструють досягнення основної мети тренінгу. Водночас отримані дані підтверджують необхідність подальшої роботи із закріпленням навичок саморегуляції та надання додаткової підтримки для найбільш уразливих учасників.

Позитивна динаміка у результатах свідчить про значний потенціал тренінгових методів у роботі з посттравматичними станами. Набуті техніки дозволяють респондентам краще адаптуватися до життєвих викликів, знижуючи рівень стресу та покращуючи якість їхнього психоемоційного стану.

3.3. Перевірка ефективності корекційних заходів за допомогою t-критерію Стьюдента

Для оцінки ефективності соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на подолання травматичного досвіду особистості, було використано t-критерій Стьюдента. Цей статистичний метод дозволяє

визначити, чи є статистично значущими відмінності між середніми показниками до і після впровадження програми. Використання t-критерію обґрунтовано, оскільки вибірка дослідження була незмінною, а методика порівняння забезпечує високу точність та надійність результатів.

У дослідженні аналізувалися дані за чотирма основними методиками: BASIC Ph, шкалою тривожності (Дж. Тейлор), методикою САН і шкалою посттравматичного стресового розладу (PCL-5). Для кожної методики було розраховано середні значення, дисперсії до та після впровадження програми, а також значення t-статистики.

Формула t-критерію Стьюдента:

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}} \quad (3.1)$$

де M_1 і M_2 – це середні значення показників до і після програми, s_1^2 і s_2^2 – це дисперсії (квадрати стандартних відхилень) до і після програми, а n_1 і n_2 – це кількість респондентів у вибірках (у цьому випадку кількість респондентів до і після програми була однаковою – 30 осіб). На основі отриманих результатів обчислень було встановлено, що значення t-критерію перевищує критичні значення для рівня значущості $\alpha = 0,05$, що підтверджує статистично значущі зміни за всіма досліджуваними показниками після завершення програми.

Перевіримо ефективність корекційних заходів за методикою BASIC Ph визначаємо значущі відмінності результатів (див. Додаток Б, табл. Б.1, табл. 3.5).

Значущі відмінності за показниками

	Вір а (B)	Афек т (A)	Соціальний (S)	Уява (I)	Пізнан ня (C)	Фізіолог ія (Ph)
Середнє арифметич не	- 0,733	-0,733	-0,4	-0,86	-0,66	-0,466
Відхилення (q)	0,082	0,082	0,090	0,063	0,087	0,092
Ступені свободи (df)	29	29	29	29	29	29
t- критичне	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04	2,04
Рівень значущості	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05

За результатами перевірки ефективності тренінгової програми, що націлена на формування рівня ресурсорієнтованості за t критерієм Стьюдента, ми бачимо, що корекційна процедура є ефективною. Рівень значущості по всім зазначеним шкалам однаковий і відповідає значенню – 0,05.

Отже, за показниками методики BASIC Ph рівня ресурсорієнтованості респондентів після корекційного впливу зазнали позитивних змін.

Результати ефективності програми за методикою визначення рівня тривожності (Шкала Дж. Тейлора) (див. табл. 3.6 – 3.7).

Таблиця 3.6

Результати ефективності програми за методикою визначення рівня тривожності (Шкала Дж. Тейлора)

№	Рівень тривожності		Середня різниця значень
	К	Ф	
№ 1	25	23	2
№ 2	35	32	3
№ 3	15	13	2
№ 4	28	26	2
№ 5	40	37	3
№ 6	20	18	2

№ 7	38	35	3
№ 8	22	20	2
№ 9	30	28	2
№ 10	33	30	3
№ 11	18	16	2
№ 12	26	24	2
№ 13	37	35	2
№ 14	21	19	2
№ 15	29	27	2
№ 16	40	38	2
№ 17	19	17	2
№ 18	27	25	2
№ 19	36	33	3
№ 20	24	22	2
№ 21	32	30	2
№ 22	23	21	2
№ 23	31	29	2
№ 24	39	36	3
№ 25	20	18	2
№ 26	34	32	2
№ 27	28	25	3
№ 28	17	15	2
№ 29	30	28	2
№30	38	36	2

Таблиця 3.7

Значущі відмінності за показниками

	Рівень тривожності
Середнє арифметичне	2,23
Відхилення (q)	0,11
Ступені свободи (df)	29
t- критичне	2,04
Рівень значущості	0,05

За результатами перевірки ефективності тренінгових занять, що націлена визначення рівня тривожності (Шкала Дж. Тейлора) визначаємо за t критерієм Стюдента, ми бачимо, що корекційна процедура є ефективною.

Отже, за показниками методики рівня тривожності (Шкала Дж. Тейлора) респондентів після корекційного впливу зазнали позитивних змін, що проведена тренінгова програма позитивно вплинула на результати дослідження. Рівень значущості відповідає 0,05 при t -критичне 2,04.

Результати ефективності за методикою самооцінки психічного стану: самопочуття, загальна активність, настрої (САН) (див. табл. 3.8 – 3.9).

Таблиця 3.8

Результати ефективності за методикою САН

№ п/п	Самопочуття		Середнє значення	Загальна активність		Середнє значення	Настрої		Середнє значення
	К	Ф		К	Ф		К	Ф	
№ 1	5	6	-1	6	7	-1	5	6	-1
№ 2	7	8	-1	8	9	-1	6	7	-1
№ 3	3	4	-1	4	5	-1	3	4	-1
№ 4	6	7	-1	7	8	-1	5	6	-1
№ 5	8	9	-1	9	10	-1	7	8	-1
№ 6	4	5	-1	5	6	-1	4	5	-1
№ 7	5	6	-1	6	7	-1	5	6	-1
№ 8	7	8	-1	8	9	-1	7	8	-1
№ 9	4	5	-1	4	5	-1	3	4	-1
№ 10	6	7	-1	7	8	-1	6	7	-1
№ 11	3	4	-1	5	6	-1	4	5	-1
№ 12	7	8	-1	8	9	-1	6	7	-1
№ 13	5	6	-1	6	7	-1	5	6	-1
№ 14	8	9	-1	9	10	-1	7	8	-1
№ 15	4	5	-1	5	6	-1	4	5	-1
№ 16	6	7	-1	7	8	-1	6	7	-1
№ 17	3	4	-1	4	5	-1	3	4	-1
№ 18	7	8	-1	8	9	-1	7	8	-1
№ 19	5	6	-1	6	7	-1	5	6	-1
№ 20	8	9	-1	9	10	-1	8	9	-1
№ 21	4	5	-1	5	6	-1	4	5	-1
№ 22	6	7	-1	7	8	-1	6	7	-1
№ 23	3	4	-1	4	5	-1	3	4	-1
№ 24	7	8	-1	8	9	-1	7	8	-1
№ 25	5	6	-1	6	7	-1	5	6	-1

№ 26	8	9	-1	9	10	-1	8	9	-1
№ 27	4	5	-1	5	6	-1	4	5	-1
№ 28	6	7	-1	7	8	-1	5	6	-1
№ 29	3	4	-1	5	6	-1	4	5	-1
№ 30	7	8	-1	8	9	-1	6	7	-1

Таблиця 3.9

Значущі відмінності за показниками

	Самопочуття	Загальна активність	Настрій
Середнє арифметичне	-0,9333	-0,9333	-0,9333
Відхилення (q)	5,83	5,83	5,83
Ступені свободи (df)	29	29	29
t- критичне	2,04	2,04	2,04
Рівень значущості	0,05	0,05	0,05

За методикою діагностики (САН) самооцінки психічного стану, що націлена на визначення самопочуття, загальної активності, настрою за t критерієм Стюдента, ми визначили, що корекційна програма тренінгу є ефективною. Рівень значущості за прорахунками даних в наведеної таблиці по всім шкалам дорівнює 0,05.

Результати дослідження за шкалою посттравматичного стресового розладу (PCL-5) (див. табл. 3.10 – 3.11).

Таблиця 3.10

Результати дослідження за шкалою посттравматичного стресового розладу (PCL-5)

№	Показник симптомів ПТСР		Середнє значення
	К	Ф	
№ 1	20	18	2
№ 2	45	40	5
№ 3	60	55	5
№ 4	35	32	3
№ 5	25	22	3
№ 6	50	45	5
№ 7	65	60	5

№ 8	30	28	2
№ 9	55	50	5
№ 10	40	35	5
№ 11	15	12	3
№ 12	70	65	5
№ 13	25	22	3
№ 14	50	45	5
№ 15	60	55	5
№ 16	35	30	5
№ 17	45	40	5
№ 18	65	60	5
№ 19	20	18	2
№ 20	50	45	5
№ 21	70	65	5
№ 22	30	28	2
№ 23	15	12	3
№ 24	55	50	5
№ 25	40	35	5
№ 26	60	55	5
№ 27	20	18	2
№ 28	50	45	5
№ 29	65	60	5
№ 30	30	28	2

Таблиця 3.11

Значущі відмінності за показниками

	ПТСР
Середнє арифметичне	4,06
Відхилення (q)	0,23
Ступені свободи (df)	29
t- критичне	2,04
Рівень значущості	0,05

За результатами проведеної перевірки методики дослідження за шкалою посттравматичного стресового розладу (PCL-5), що націлена на виявлення показника симптомів ПТСР після проведення тренінгової програми показники посттравматичного стресового розладу зменшилися, практики та вправи позитивно вплинули на респондентів. Тобто корекційна програма є ефективною.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Впровадження соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на подолання травмівного досвіду, продемонструвало позитивну динаміку у психологічних показниках учасників дослідження. Результати підтверджують ефективність програми у гармонізації емоційного стану, зниженні рівня тривожності, посиленні ресурсорієнтованості та зменшенні проявів посттравматичного стресового розладу.

Проведено аналіз по запропонованим методикам:

Методика BASIC Ph, що базується на шести ключових складових: віра (B), афект (A), соціальна підтримка (S), уява (I), пізнання (C) та фізіологія (Ph), дозволила сформувати цілісний підхід до подолання травмівних переживань. Аналіз результатів дослідження виявив, що загальний рівень ресурсорієнтованості після проведення формувального експерименту складає середнє значення всіх шкал 26,3 бали, на відміну від початкового констактувального експерименту середнє значення всіх шкал 22,4. Це свідчить про те, що респонденти досягли високого рівня ресурсорієнтованості, що свідчить про їхню здатність ефективно мобілізувати внутрішні та зовнішні ресурси для подолання стресових ситуацій.

Рівень тривожності за шкалою Дж. Тейлора після впровадження програми суттєво знизився. Середній показник тривожності зменшився з 28,5 бала до 26,3 бали, що свідчить про позитивний вплив технік саморегуляції, включно з дихальними практиками та когнітивно-поведінковими методами. 33% учасників показали низький рівень тривожності, що підтверджує їхню підвищену емоційну стабільність у стресових ситуаціях.

Дослідження за методикою САН (самопочуття, активність, настрій) також продемонструвало покращення психоемоційного стану респондентів. Середній показник зріс з 5,54 до 6,45 бала, що свідчить про підвищення загальної життєвої активності, поліпшення самопочуття та позитивного настрою. Показники учасників із високим рівнем психічного стану зросли

підтверджуючи ефективність застосованих практик релаксації та майндфулнесу.

Оцінка за шкалою PCL-5, що вимірює інтенсивність симптомів посттравматичного стресового розладу, показала зниження середнього показника з 43,2 бала до 39,1 бала, що свідчить про те що учасники досягли низького рівня симптомів ПТСР, що свідчить про успішність впроваджених технік самодопомоги та психологічної стабілізації. Водночас половина респондентів перебуває на помірному рівні симптомів, що вказує на необхідність подальшого закріплення навичок для досягнення стабільної адаптації.

Перевірка ефективності програми за допомогою t-критерію Стьюдента підтвердила статистично значущі зміни у ключових показниках дослідження всіх представлених методик на рівні значущості $\alpha = 0,05$. Зокрема, спостерігалось значне підвищення ресурсорієнтованості, зниження рівня тривожності, покращення психоемоційного стану та зменшення симптомів ПТСР. Це підкреслює надійність і валідність отриманих результатів.

Таким чином, результати дослідження підтверджують ефективність впровадженої тренінгової програми у підвищенні психологічної стійкості учасників та їх здатності до адаптації у стресових умовах. Програма сприяла розвитку навичок саморегуляції, мобілізації ресурсів і подоланню травматичних переживань, що є вагомим доказом дієвості ресурсорієнтованого підходу у психокорекційній роботі. Рекомендовано подальше закріплення результатів та розширення програми для глибшої індивідуальної роботи з респондентами, які потребують додаткової підтримки.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило вирішити поставлені завдання й досягти мети дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості подолання травмівного досвіду особистості в умовах війни. Основні висновки виглядають наступним чином:

1. Аналіз наукової літератури з проблеми психологічної травми показав, що травмівний досвід є багатогранним явищем, яке включає як психологічні, так і фізіологічні реакції на стресові події. Концептуальні підходи до вивчення травми акцентують увагу на її суб'єктивному сприйнятті, що корелює з адаптаційним потенціалом особистості.

2. Чинники виникнення та механізми подолання травмівного досвіду визначені на основі емпіричних даних. Найбільший вплив мають екстремальні умови війни (втрати, перебування у небезпеці), які посилюють тривожність та емоційне виснаження. У той же час, зафіксовано позитивний вплив ресурсно-орієнтованих стратегій, зокрема технік саморегуляції та соціальної підтримки, на зниження інтенсивності симптомів стресу.

3. Особливості прояву травмівного досвіду були проаналізовані за допомогою методик BASIC Ph, шкали тривожності Дж. Тейлора, методики САН та PCL-5.

4. На початковому етапі дослідження результати показали: BASIC Ph: середній бал ресурсорієнтованості складав 22,4, що відповідає середньому рівню; тривожність (шкала Дж. Тейлора): середній показник до тренінгу становив 28,5 бала, що вказувало на високий рівень тривожності у більшості респондентів; САН: середній показник психічного стану (самопочуття, активність, настрій) становив 5,54 бала – низький рівень; PCL-5: показник симптомів ПТСР складав у середньому 43,2 бала, що вказує на високий рівень прояву посттравматичних симптомів.

5. Розроблена програма соціально-психологічного тренінгу включає техніки, що активують ключові компоненти моделі BASIC Ph (віру, афект, соціальну підтримку, уяву, пізнання та фізіологію). Структура програми

забезпечила гармонізацію емоційного стану учасників, розвиток навичок саморегуляції та формування стійкості до стресу.

Формувальний експеримент продемонстрував позитивні зміни у психоемоційному стані респондентів після участі у тренінговій програмі. Порівняльний аналіз результатів за допомогою t-критерію Стюдента показав статистично значущі відмінності: BASIC Ph: середній показник зріс з 22,4 до 26,3 бала ($p < 0,05$), що свідчить про підвищення рівня ресурсорієнтованості; рівень тривожності знизився з 28,5 до 26,3 бала ($p < 0,05$), що вказує на перехід більшості респондентів від високого до середнього рівня тривожності; САН: середній показник психічного стану підвищився з 5,54 до 6,45 бала ($p < 0,05$), що відповідає покращенню самопочуття, настрою та активності; PCL-5: інтенсивність симптомів ПТСР знизилася з 43,2 до 39,1 бала ($p < 0,05$), що свідчить про зменшення впливу травматичного досвіду на респондентів.

6. Порівняльний аналіз також показав зниження частки респондентів із високим рівнем симптомів ПТСР з 20% до 7%, а кількість осіб із низьким рівнем симптомів збільшилася з 10% до 30%. Подібні тенденції зафіксовані й для рівня тривожності: частка респондентів із високим рівнем зменшилася з 47% до 24%, що підкреслює ефективність програми.

7. Перевірка ефективності корекційних заходів за допомогою t-критерію Стюдента підтвердила статистично значущі зміни за всіма досліджуваними показниками на рівні $p < 0,05$. Це засвідчує, що впроваджена програма сприяла формуванню стійких моделей адаптації, підвищенню ресурсорієнтованості та зниженню рівня психологічного напруження.

Отже, проведене дослідження підтвердило ефективність соціально-психологічної програми у подоланні травматичного досвіду особистості. Виявлені зміни демонструють позитивну динаміку у ключових психологічних показниках, а результати статистичного аналізу підтвердили значущість отриманих даних. Розроблена програма може бути рекомендована як ефективний інструмент у роботі з особами, які пережили травматичний досвід, для покращення їхньої психоемоційної стійкості та адаптаційних можливостей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабатіна С. І. Факторна структура регулятивно-темпоральних характеристик особистості. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. Київ, 2013. Т. 11. Вип. 8. С. 65-73.
2. Байєр О. О. Життєві кризи особистості : навч. посібник. Дніпропетровськ : Вид-во Дніпропетр. нац. ун-ту, 2010. 244 с.
3. Бех І. Д. Категорія «ставлення» в контексті розвитку образу «Я» особистості. *Педагогіка і психологія*. 1997. № 3. С. 52-56.
4. Гавриловська К. П. Модель BASIC PH у роботі психолога. *Розвиток обдарованої особистості в освітньому просторі: ціннісний вимір: тези доповідей X наук.-практ. семінару, 23 квіт. 2020 р. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2020. С. 14-15.*
5. Гаршанов А. Основи роботи із травмою. Робочі матеріали учасників тренінгів «Робота з травмою та втратою. Основи супервізії». Одеса, 2022. 26 с.
6. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма : аналіз та шляхи її подолання. *Вісник національної академії державної прикордонної служби України*. 2015. Вип. № 1. С. 378-390.
7. Гуменюк Л. Й., Федчук О. В. Дослідження посттравматичного стресового розладу і напрямків психореабілітації постраждалих від воєнних психотравм. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. Львів, 2016. Вип. № 1. С. 228-240.
8. Дем'яненко Б. Т. Механізми психологічного захисту та копінг-стратегії в теорії і практиці корекційної та психотерапевтичної. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2013. Вип. 24. С. 282-288.
9. Демчук С. Не кажіть фронтовикам : «Я розумію, що ви відчуваєте». Як долати психологічні травми війни. URL:

https://texty.org.ua/articles/56067/Ne_kazhit_frontovykam_Ja_rozumiju_shho_vy56067/

- 10.Діденко Г. О., Шебанова Г. О. Копінг–поведінка у сучасних психологічних дослідженнях. *Проблеми сучасної психології*. 2018. Вип. 39. С. 368-379.
- 11.Тімченко О. В. (ред.). *Екстремальна психологія* : Підручник. Київ : ТОВ “Август Трейд”, 2007. 502 с.
- 12.Етапи переживання психологічної травми під час війни. URL: <https://pravdatutnews.com/health/2022/08/07/18917-etapy-perezhyvannya-psykhologichnoyi-travmy-pid-chas-viyny>.
- 13.Зверєва І. Д., Безпалько О. В., Харченко С. Я. Соціальна робота в Україні. Київ : Наук. світ, 2003. 117 с.
- 14.Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.
- 15.Карамушка Л. М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати: метод. рекомендації. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 52 с.
- 16.Католик Г., Корнієнко І. Техногенні катастрофи: психологічна допомога очевидцям та постраждалим. Львів : Червона Калина, 2003. 124 с.
- 17.Кісарчук З., Омельченко Я., Лазос Г., Литвиненко Л., Царенко Л. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : методичний посібник. Київ, 2015. 207 с.
- 18.Корольчук В. М. Психологія стресостійкості особистості. Київ, 2009. 511 с.
- 19.Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості : монографія. Київ : Ніка-Центр, 2007. 432 с.
- 20.Лазоренко Б. П. Технологія реінтеграції та реадаптації особистості, фрагментованої внаслідок психотравматизації. *Наук. студ. із соц. та політ. психол.* : зб. статей. Київ : Міленіум, 2017. Вип. 39 (42). С. 168-177.

- 21.Лентянчик О. Що слід знати про психоемоційні стани під час війни. URL: <https://apteka-ds.com.ua/blog-item/shcho-slid-znaty-pro-psykhoemotsiiniistany-pid-chas-viiny>.
- 22.Ліщинська О. А. Можливості психологічної допомоги жертвам деструктивних тоталітарних організацій. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006. № 3. С. 1-4.
- 23.Ломакін Г. І. Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР у учасників бойових дій Збройних Сил України в період перебігу криз зрілості. *Edukacja i społeczeństwo VIII. Zbiór prac naukowych*. Akademia Śląska : Wydawnictwo Wyższej Szkoły Technicznej w Katowicach, Polska. 251 s.
- 24.Ломакін Г. І. Система психологічного супроводу комбатантів з метою подолання та запобігання загостренню кризи середнього віку. *Харківський осінній марафон: матеріали науково-практичної конференції*, 27 жовтня 2018 р., ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Харків : Діса плюс, 2018. С. 40-47.
- 25.Ломакін Г. І. Соціально-психологічний супровід учасників бойових дій в часи подолання життєвих кризових ситуацій. *Діяльнісно-поведінкові фактори життєздатності людини: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції*, 28-29 листопада 2014 року. Харків : ХНПУ імені Г. С. Сковороди, 2014. С. 191-193.
- 26.Лукомська С. Особливості психологічних травм російсько-української війни у контексті євроінтеграційних процесів. *Вісник Львівського університету*. Серія психологічні науки. 2022. Спецвипуск. С. 78-85.
- 27.Мартинюк І. А. Психологічна травма та посттравма : сутність і способи подолання. *Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України*. 2015. Вип. 230. С. 276-282.
- 28.Матійків І. М. Тренінг емоційної компетентності : навч.-метод. посібник. Київ : Педагогічна думка, 2012. 112 с.
- 29.Михайлишин У. Б. Розвиток професійного стресу у працівників органів внутрішніх справ. *Актуальні проблеми сучасної психології та педагогіки*

- в діяльності вищих навчальних закладів МВС України : матеріали наук.-практ. конф., (м. Харків, 16 квіт. 2015 р.). Харків, 2015. С. 43-47.
30. Мороз Р. Запобігання і подолання наслідків насильства. *Психолог*. 2006. № 5. С. 23-27.
31. Музиченко І. В. Психологічна травма : аналіз проблеми та шляхи подолання. *Роль психологічної служби системи вищої освіти України у час суспільних трансформацій : матер. Всеукр. наук.-практ. конф.* (Львів, 19-20 травня 2017 р.). Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2017. С. 119-123.
32. Мусієнко Г. О., Бараненко О. В., Гольцова С. В., Віхляєва Л. Ю. Оцінка особливостей проявів після травматичних стресових розладів у осіб з алкогольною залежністю. *Довженківські читання: теорія і практика наркології: матеріали VI Укр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю*. Харків, 2005. С. 99-102.
33. Назаров О. О., Оніщенко Н. В., Садковий В. П., Садковий О. В., Склень О. І., Тімченко О. В. Психологічні особливості базових копінг-стратегій та особистісних копінг-ресурсів працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України : Монографія. Харків : Вид-во УЦЗУ, 2008. 221 с.
34. Оніщенко Н. В. Основні етапи переживання психічної травми. *Вісник Національного університету оборони України*. 2015. № 3. С. 225-231.
35. Оніщенко Н. В. *Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації* : теоретичні та прикладні аспекти : монографія. Харків : Право, 2014. 584 с.
36. Павленко В. В. Психологічні механізми вибору стратегій подолання стресових ситуацій. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. / Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України*. Київ, 2002. Т. 1 : Соціальна психологія. Психологія управління. Організаційна психологія. Ч. 8. С. 126-133.
37. Павловський П., Завадський Л., Завадський Б. Динаміка співвідношення між перцепцією травми, емоційною реактивністю та загостренням

симптомів посттравматичного стресового розладу після перенесення катаклізму паводку. Львів : Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006. С. 141-158.

38. Пеша І. В. Алгоритм реалізації соціального супроводу. *Соціальна робота в Україні : теорія і практика. Науково-методичний журнал.* № 2. Київ : ТОВ «Аспект-поліграф». С. 55-67.
39. Максименко С. Д., Прокоф'єва О. О., Царькова О. В., Кочкурова О. В. Практикум із групової психокорекції : підручник. Мелітополь : Видавничо-поліграфічний центр «Люкс», 2015. 414 с.
40. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. статей. Ін-т соціальної та політичної психології; Представництво Польської академії наук у м. Києві; Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр. Київ : Міленіум, 2015. 150 с.
41. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : методичний посібник / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : ТОВ «Видавництво «Логос». 207 с.
42. Психологічна допомога: від кризи до ресурсу : Матеріали III Всеукраїнського науково-практичного форуму, м. Суми, 21–26 квітня 2020 року / за заг. ред. А. В. Вознюк. Суми : НВВ КЗ СОІППО, 2020. 182 с.
43. Сіренко Т., Кухарук О., Фроленкова О. Управління стресом та самодопомога для медпрацівників: посібник з управління стресом та самодопомоги під час бойових дій та у післявоєнний період. Київ : Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова Поляна» МОЗ України, 2022. 66 с.
44. Терещук А. Д. Психологічна травма як чинник афективної поведінки особистості. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/162002193.pdf>.
45. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

- 46.Титаренко Т. Соціально-психологічний супровід постраждалих у наслідок травматизації : євроінтеграційні перспективи. *Проблеми політичної психології*. 2022. Т. 11(25). С. 7-23. URL: <https://doi.org/10.33120/popp-Vol25-Year2022-92>.
- 47.Тімченко О. В., Приходько І. І., Колесніченко О. С. та ін. Психологія екстремальної діяльності : навч. посіб. Харків : НА НГУ, 2016. 571 с.
- 48.Туρινіна О. Л. Психологія травмуючи ситуацій : навч. посіб. Київ : ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.
- 49.Христюк О. Л. Теоретико-методологічний аналіз вивчення проблеми психологічної травми : від історії до сучасності. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2017. № 2. С. 183-192.
- 50.Юнг К. Психологія несвідомого. Київ : Центр навчальної літератури, 2022. 404 с.
- 51.Яценко Т. С. Теорія і практика групової психокорекції : активне соціально-психологічне навчання : навч. посіб. Київ : Вища шк., 2004. 679 с.
- 52.Bartkowiak G. *Człowiek w pracy. Od stresu do sukcesu w organizacji*. Warszawa : Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, 2005. 179 p.
- 53.Beres L. *The Narrative Practitioner*. London : Palgrave Macmillan, 2014. 240 p.
- 54.Bonanno G.A. Loss, trauma, and human resilience : Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*. 2004. Vol. 59(1). P. 20-28. URL: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>.
- 55.Bryant R. A. Post-traumatic stress disorder : a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*. 2019. Vol. 18(3). P. 259-269.
- 56.Caplan G. Mastery of Stress : Psychological Aspects. *Journal of Psychiatry*. 1981. № 138. P. 413-420.
- 57.Davidson J. R. T., Payne V.M., Connor K. M., Foa E. B., Rothbaum B. O., Hertzberg M. A., Ballenger J. C. Trauma, resilience and saliostasis : Effects of

- treatment in post-traumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology*. 2005. Vol. 20(1). P. 43-48. URL: <https://doi.org/10.1097/00004850-200501000-00009>.
58. Folkman S., Lazarus R. Ways of Coping Questionnaire. *Consulting Psychologists Press*. 1983. № 4. P. 78-82.
 59. Freud A. *The Ego and the mechanisms of defense*. The writings of Anna Freud, Vol. 2. London, 1977.
 60. Freudenberger H. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. 1974. № 30. P. 159-165.
 61. Goldstein E. R. Reaction times and the consciousness of deception. *The American Journal of Psychology*. 1923. P. 562-581.
 62. Haan N. Coping and defending. Process of self-environment organization. New York-San Francisco-London : Academic Press, 1977. P. 12-24.
 63. Hobfoll S. Conservation of resources : A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*. 1988. Vol. 44. P. 513-524.
 64. Hobfoll S. E., Watson P., Bell C. C., Bryant R. A., Brymer M. J., Friedman M. J., Friedman M., Gersons B. P., de Jong J. T., Layne C. M., Maguen S., Neria Y., Norwood A. E., Pynoos R. S., Reissman D., Ruzek J. I., Shalev A. Y., Solomon Z., Steinberg A. M., Ursano R. J. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention : empirical evidence. *Psychiatry*. 2007. Vol. 70(4). P. 283-369.
 65. Horowitz M. J. Stress-response syndromes : A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Psychiatric Services*. 1986. Vol. 37(3). P. 241-249.
 66. Hutt M. L. The Hutt Adaptation of the Bender Gestalt Test. New York : Grune and Stratton, 1985.
 67. Lai K. Community-based Programme for War-affected Children : the Case of Georgia. *Social Work and Social Policy in Transition*. 2010. Vol. 1, Issue 2. P. 92-118.
 68. Lazarus R. Stress appraisal and coping. N.Y. : Springer, 1984. P. 22-46.
 69. Marston W.M. Reaction-time symptoms of deception. *Journal of Experimental Psychology*. 1920. № 3(1). P. 72.

70. Maslach C. Theories of Organizational Stress. A Multi-dimensional Theory of Burnout. New York, 2000. 71 p.
71. Murphy L. Coping vulnerability and residence in childhood. Coping and adaptation. N.Y. : Basic Books, 1974. 420 p.
72. Plutchik R., Kellerman H., Conte H. R. A structural theory of ego defenses and emotions. Izard C. Emotions in personality and psychopathology. New York : Plenum Press, 1979. P. 229-257.
73. Rim Y. Styles of Attribution and of Coping. *Personality and Individual Differences*. 1990. № 11. P. 973-976.
74. Sapilak B. J., Kurpas D., Steciwko A. Wypalenie zawodowe personelu medycznego – problem wciąż aktualny. *Problemy Lekarskie*. 2006. № 45(3). P. 81-83.
75. Sapolsky R. Why Zebras Don't Get Ulcers. An Owl Book. Henry Holt and Company. New York, 2004. 539 p.
76. Selye H. Stress without distress. New York : Signet, 1974. 193 p.
77. Shakespeare-Finch J., Schweitzer R. D., King J., Brough M. Distress, Coping, and Posttraumatic Growth in Refugees From Burma. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*. 2014. Vol. 12(3). P. 311-330. URL: <https://doi.org/10.1080/15562948.2013.844876>
78. Skinner B. Science and Human Behavior. New York : Macmillan, 1953.
79. Varjonen S. Ulkopuolinen vai osallistuja Identiteetit, ryhmäsuhteet ja integraatio maahanmuuttajien elämäntarinoissa. *University of Helsinki Press*, 2013. P. 157-159.
80. Wertheimer M. Experimentelle Untersuchungen zur Tatbestandsdiagnostik. *Arch. f. d. ges. Psychol.* 1905. № 6. P. 59-131.
81. Wertheimer M. Psychologische Tatbestandsdiagnostik. *Arch. f. krim. Anthropol. u. Kriminalistik*. 1904. № 15. P. 72-113.
82. Wills T. A., Shinar O. Measuring perceived and received social support. Social support measurement and intervention: a guide for health and social scientists. S. Cohen, L. G. Underwood, B. H. Gottlieb (eds.). New York : Oxford University Press, 2000. P. 86-135.

83. Yu J. A., Kim K. S. Effects of laughter therapy on stress response and pain of military personnel with low back pain in hospital. *J. Muscle Jt. Health*. 2009. Vol. 16. P. 36-45.

Список респондентів

№ респондента	Прізвище, ім'я респондента	Вік респондента
1	Андрій П.	30
2	Богдан К.	32
3	Віталій Л.	35
4	Ганна Т.	30
5	Дарина Ш.	30
6	Євгенія Г.	28
7	Жанна С.	31
8	Захар Р.	33
9	Ірина В.	29
10	Костянтин Ч.	36
11	Лілія Б.	32
12	Максим О.	35
13	Надія С.	37
14	Олександр Д.	38
15	Поліна М.	28
16	Роман С.	39
17	Світлана З.	30
18	Тарас К.	32
19	Уляна К.	35
20	Федір А.	30
21	Христина Н.	30
22	Юрій К.	28
23	Ярослава М.	31
24	Володимир Д.	33
25	Лариса Х.	29
26	Михайло С.	36
27	Ольга Г.	32
28	Петро Ж.	35
29	Софія О.	28
30	Василь К.	27

Додаток Б
Таблиця Б.1

Результати дослідження за методикою BASIC Ph

№ п/п	Віра (В)		Середнє значення	Афект (А)		Середнє значення	Соціальний (S)		Середнє значення	Уява (І)		Середнє значення	Пізнання (С)		Середнє значення	Фізіологія (Ph)		Середнє значення
	К	Ф		К	Ф		К	Ф		К	Ф		К	Ф		К	Ф	
№ 1	3	4	-1	4	4	0	5	5	0	2	3	-1	3	4	-1	4	4	0
№ 2	2	3	-1	3	4	-1	4	4	0	3	4	-1	4	4	0	3	3	0
№ 3	4	5	-1	5	5	0	5	5	0	4	5	-1	4	5	-1	5	5	0
№ 4	3	3	0	2	3	-1	3	4	-1	2	3	-1	3	4	-1	2	3	-1
№ 5	5	5	0	4	5	-1	5	5	0	3	4	-1	4	5	-1	4	5	-1
№ 6	2	3	-1	3	3	0	4	4	0	3	4	-1	3	4	-1	3	3	0
№ 7	3	4	-1	4	5	-1	5	5	0	4	5	-1	5	5	0	5	5	0
№ 8	2	3	-1	2	3	-1	3	4	-1	3	4	-1	3	4	-1	4	4	0
№ 9	4	5	-1	5	5	0	4	5	-1	5	5	0	5	5	0	5	5	0
№ 10	3	4	-1	3	4	-1	4	5	-1	4	5	-1	3	4	-1	3	4	-1

Продовження Додатку Б

Продовж. табл. Б.1

№ 11	5	5	0	4	5	-1	5	5	0	4	5	-1	5	5	0	5	5	0
№ 12	2	3	-1	2	3	-1	3	4	-1	3	4	-1	2	3	-1	3	4	-1
№ 13	3	4	-1	4	5	-1	4	5	-1	3	4	-1	3	4	-1	4	5	-1
№ 14	4	5	-1	5	5	0	5	5	0	4	5	-1	4	5	-1	5	5	0
№ 15	3	4	-1	3	4	-1	4	4	0	2	3	-1	3	4	-1	3	4	-1
№ 16	5	5	0	4	5	-1	5	5	0	4	5	-1	4	5	-1	5	5	0
№ 17	3	4	-1	3	4	-1	4	5	-1	3	4	-1	3	4	-1	3	4	-1
№ 18	2	3	-1	2	3	-1	3	4	-1	2	3	-1	3	4	-1	3	4	-1
№ 19	5	5	0	4	5	-1	5	5	0	4	5	-1	5	5	0	5	5	0
№ 20	3	4	-1	3	4	-1	4	5	-1	3	4	-1	4	5	-1	4	5	-1
№ 21	4	5	-1	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0
№ 22	2	3	-1	3	4	-1	4	4	0	3	4	-1	3	4	-1	3	4	-1
№ 23	3	4	-1	4	5	-1	5	5	0	3	4	-1	3	4	-1	4	5	-1
№ 24	5	5	0	4	5	-1	5	5	0	4	5	-1	5	5	0	5	5	0

Продовження Додатку Б

Продовж. табл. Б.1

№ 25	3	4	-1	3	4	-1	4	5	-1	3	4	-1	3	4	-1	4	5	-1
№ 26	2	3	-1	2	3	-1	3	4	-1	3	4	-1	3	4	-1	3	3	0
№ 27	4	5	-1	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0
№ 28	3	4	-1	4	5	-1	4	5	-1	3	4	-1	4	5	-1	4	5	-1
№ 29	5	5	0	4	5	-1	5	5	0	4	5	-1	5	5	0	5	5	0
№ 30	4	4	0	4	4	0	5	5	0	4	4	0	5	5	0	4	5	-1